

Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

Preventie in de zorg

Preventie in de zorg

Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014

Preventie in de zorg

Themarapport
Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014

Auteurs
M. van den Berg (red.)
N.A.M. Post
H.H. Hamberg-van Reenen
C.A. Baan
C.G. Schoemaker (red.)

Preventie in de zorg

Dit themarapport is onderdeel van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014

Ontwerp
VijfKeerBlauw

Omslag
Hollandse Hoogte

Een publicatie van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1
3720 BA Bilthoven

RIVM–rapportnummer: 010003002/2013
ISBN: 978 90 6960 266 0
NUR: 860

Voorwoord

Voorkomen is beter dan genezen, daar zijn ook geneeskundigen al lang van overtuigd. De kunst zal zijn om deze tegeltjeswijsheid om te zetten in effectief preventiebeleid. Het voorliggende RIVM rapport levert daaraan een belangrijke bijdrage.

Het rapport verschijnt op een goed moment. Het is onderdeel van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014 (VTV-2014). Juist in recente jaren is brede steun ontstaan voor de overtuiging dat beter preventiebeleid een hoog rendement kan opleveren: zeker in termen van volksgezondheid, maar waarschijnlijk ook in brede economische zin.

Dit rapport bevestigt die optimistische visie, maar is ook passend voorzichtig. Het rendement van preventiebeleid wordt per definitie maar beperkt zichtbaar: het bestaat voor een belangrijk deel uit het onzichtbaar blijven van ziekten of gebreken die anders zichtbaar waren geworden. En als het resulteert in eerdere behandeling, al in het voorstadium van een chronische ziekte, dan zullen de daarmee geassocieerde statistieken misschien in eerste aanleg eerder verslechteren dan verbeteren. Maar dan nog kunnen de geleverde inspanningen, zoals het rapport ook opmerkt, de volksgezondheid royaal ten goede komen.

Naast waardevolle algemene beschouwingen bevat dit – buitengewoon leesbare – rapport ook zes verdiepende studies op deelterreinen van preventie waarover eerder wetenschappelijk werk beschikbaar is. Zij bevestigen het grote belang van dergelijk onderzoek en de noodzaak om het in de breedte en de diepte te continueren. Een zekere prioritering in preventie is onvermijdelijk. Verder onderzoek kan helpen bij het plaatsen van de juiste accenten en ertoe bijdragen dat het lange termijn kwalitatieve en het korte termijn financiële rendement van preventie in balans worden gebracht.

Het rapport constateert terecht dat goed preventiebeleid naast de volksgezondheid ook bredere doelstellingen bedient, zoals welzijn, productiviteit en participatie. Samenwerking binnen en buiten de zorg is daarbij een allereerste voorwaarde voor succes. De partijen verenigd in de Agenda voor de Zorg, die gezamenlijk in belangrijke mate het brede terrein van de zorg dekken, hebben in hun bijdrage aan het preventiedebat aangegeven daarin een eigen verantwoordelijkheid te nemen. Het moet mogelijk zijn om alle nu bestaande goede voornemens op korte termijn om te zetten in nuttige nieuwe initiatieven. Dit rapport komt daarvoor precies op tijd.



Alexander Rinnooy Kan
Voorzitter Agenda voor de Zorg

Inhoud

Kernboodschappen

Consensus nodig over begrip ‘preventie in de zorg’
Onderzoeksrapporten, toekomstvisies en beleidsnota’s zijn opvallend eensgezind: er moet meer aan preventie worden gedaan in de gezondheidszorg. Bij nadere bestudering gaat elk van deze documenten over andere vormen van preventie, voor andere doelgroepen en in andere sectoren van de zorg. De gekozen afbakening bepaalt sterk de inhoud en de reikwijdte van de conclusies. Het zou goed zijn als er consensus zou ontstaan over de inhoud van het begrip ‘preventie in de zorg’. Tot die tijd blijft het noodzakelijk om in een rapport als dit expliciet te zijn over wat er wel en niet wordt bedoeld met ‘preventie in de zorg’. Alleen zo kan de lezer de resultaten en de conclusies op waarde schatten.

Preventie in de zorg in dit rapport
In dit rapport verstaan we onder preventie in de zorg: preventieve activiteiten aangeboden of uitgevoerd door een zorgverlener, werkzaam in de gezondheidszorg. Het gaat dan vooral om ziektepreventie en gezondheidsbevordering. De doelgroep bestaat uit mensen met een verhoogd risico (selectieve preventie) of mensen met een beginnende ziekte of een voorstadium (geïndiceerde preventie). De nadruk ligt in dit rapport op de vroegtijdige opsporing van ziekten (secundaire preventie), omdat preventie in de zorg daar vaak mee begint. Tertiaire of ‘zorggerelateerde’ preventie valt buiten de focus van dit rapport, net als activiteiten ter verbetering van de kwaliteit of de veiligheid van zorg. Als gevolg van de gekozen focus is er in dit rapport vooral aandacht voor de eerste lijn.

Huidige situatie

Aanbod in de praktijk is soms versnipperd
Als preventie in de zorg programmatisch wordt aangepakt, krijgt iedereen in de doelgroep dezelfde preventieve interventie aangeboden. Dit geldt bijvoorbeeld voor de bevolkingsonderzoeken en het basistakenpakket van de jeugdgezondheidszorg (JGZ). De rest van het aanbod van preventie in de zorg is

vaak erg versnipperd. Het gaat dan vooral om gezondheidsbevordering. Zorgverleners ervaren het grote, onoverzichtelijke aanbod van deze interventies, zowel binnen als buiten de zorg, als een belangrijk knelpunt. Een sociale kaart van het regionale en landelijke aanbod zou in deze behoefte van zorgverleners kunnen voorzien. Andere succesfactoren voor een structureler aanbod zijn onder meer: inbedding in bestaande zorg, financiële vergoeding voor aanbieders, en heldere aanbevelingen in richtlijnen.

Het bereik van preventie in de zorg kan beter
Voor grote delen van het preventieaanbod in de zorg geldt dat het niet precies bekend is hoeveel mensen ermee worden bereikt. Uitzondering hierop zijn de preventieprogramma's als de bevolkingsonderzoeken en vaccinaties, waarvan het bereik wel goed wordt gemonitord. Dat bereik is vaak hoog, al worden ook hier de hoogrisicogroepen meestal onvoldoende bereikt. Geschat wordt dat vooral het bereik van preventieve leefstijlinterventies in de zorg laag is. Daardoor zijn ze in de praktijk vaak veel minder effectief dan ze in theorie en in onderzoek kunnen zijn. Succesfactoren voor het verhogen van het bereik zijn: kosteloze deelname, aanbod door de huisarts, actieve opsporing van risicogroepen en het gebruik van e-health.

Deel van preventie in de zorg effectief
In de verdiepende studies in dit rapport komen voorbeelden van preventie in de zorg aan bod, waarvan gunstige effecten op de gezondheid met onderzoek zijn onderbouwd. Dit geldt bijvoorbeeld voor rookpreventie in de perinatale zorg, het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en e-health ter preventie van depressie. Bij andere voorbeelden van preventie in de zorg ontbreekt het bewijs, of zijn de resultaten van onderzoek inconsistent. Dit geldt bijvoorbeeld voor vroegopsporing van psychosociale problematiek bij jongeren en van kwetsbaarheid bij ouderen. Aangezien preventie vaak ongevraagd aangeboden wordt aan mensen die meestal nog geen klachten hebben, is het van groot belang dat het bewijs er komt; liefst vóór grootschalige implementatie ervan. Hier ligt een aanbeveling voor onderzoekers en financiers van onderzoek. Daarbij zou expliciet aandacht moeten zijn voor de effecten op de langere termijn. Daarnaast zou ook moeten worden gekeken naar de effecten op participatie; daarover is nog zo goed als niets bekend.

Kosten preventie in de zorg onbekend
Er is geen compleet, actueel overzicht van de uitgaven aan preventie in de zorg in Nederland. Voor een aantal afzonderlijke onderdelen is wel bekend wat de kosten zijn, maar een totaalplaatje is niet te maken. Om toch een globaal beeld te geven: in de Zorgrekeningen van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) werd voor het jaar 2011 een kleine drie procent van de zorguitgaven aan preventie toegerekend. Dit percentage is lager dan in de jaren daarvoor door de sterk stijgende zorgkosten. In deze berekeningen zijn onder andere de kosten van GGD-en, bevolkingsonderzoeken en de tandartscontroles meegenomen, maar bijvoorbeeld niet de kosten van leefstijlbegeleiding door huisartsen. Om in de toekomst uitspraken te kunnen doen over de reële kosten van preventie in de zorg is een heldere afbakening nodig van preventie als onderdeel van de zorgkosten.

Toenemend bewijs voor kosteneffectiviteit preventie in de zorg
Er worden steeds meer kosteneffectiviteitsanalyses (KEA's) gepubliceerd over preventie in de zorg. Over het algemeen laten deze KEA's gunstige resultaten zien; de extra kosten zijn in balans met de verwachte gezondheidswinst. In geen van de kosteneffectiviteitsanalyses leidde preventie in de zorg echter tot kostenbesparingen binnen de zorg. Maar als ook maatschappelijke baten buiten de zorg meegenomen

worden, en dan gaat het meestal om het voorkomen van ziekteverzuim, dan komen deze KEA's vaak uit op een positief saldo. In dat geval is preventie in de zorg voor de maatschappij als geheel dus wel kostenbesparend. De hoogte van een kosteneffectiviteitsratio is sterk afhankelijk van allerlei onderliggende aannames en keuzes in de analysemethode. Vooral aannames over het bereik en over het beklijven van de effecten sturen de uitkomsten. Voorzichtigheid bij de interpretatie is daarom geboden, vooral wanneer gebruik is gemaakt van modelberekeningen.

De toekomst van preventie in de zorg

Paradox: meer preventie in de zorg zal leiden tot meer chronisch zieken
Het lijkt onvermijdelijk dat het aantal mensen dat chronisch ziek is, of als zodanig wordt gelabeld, de komende jaren zal stijgen. Gedeeltelijk is dat het gevolg van vergrijzing. Daarnaast zal de toename van ongezond gedrag in de toekomst tot meer chronisch zieken leiden. Verbeterde preventie in de zorg wordt in veel beleidsnota's en rapporten gezien als een mogelijke oplossing voor deze stijging. Medische en technologische ontwikkelingen vormen een belangrijke drijvende kracht achter de vooruitgang in preventie in de zorg en met name in de vroegopsporing van ziekten. In de toekomst zal er per patiënt een risicoprofiel kunnen worden opgesteld, met aanbevelingen voor *personalized prevention*. Daarnaast verwachten we dat steeds meer mensen met een voorstadium van een ziekte (zoals prediabetes) in de zorg zullen worden behandeld als mensen met een ziekte (zoals diabetes). Voorstadia van ziekten zullen in onderzoek en richtlijnen worden geherdefinieerd als ziekten. In de gezondheidsstatistieken zullen deze ontwikkelingen onvermijdelijk leiden tot meer mensen met een gediagnosticeerde chronische ziekte. Toch zou er dan wel degelijk sprake kunnen zijn van gezondheidswinst, wanneer een interventie eerder in het ziekteproces effectiever en minder ingrijpend is dan een behandeling later in het ziekteproces. In dat geval leidt vroegopsporing weliswaar tot meer mensen met een diagnose, maar heeft het uiteindelijk positieve gezondheidseffecten.

Preventie in de zorg zal waarschijnlijk niet tot lagere zorgkosten leiden
Algemeen wordt aangenomen dat de stijging van de zorgkosten op termijn niet houdbaar is. Preventie in de zorg wordt in deze discussie genoemd als een van de mogelijke oplossingen. Goedkope preventieve interventies zouden op termijn dure ingrijpende zorg voor dezelfde ziekte kunnen voorkomen. Dit wordt ook wel substitutie genoemd. Voor het optreden van deze vorm van substitutie hebben we vrijwel geen aanwijzingen gevonden. Mogelijk hangt dit samen met de wijze waarop de zorg wordt gefinancierd met een beloning per verrichting. Zolang er dergelijke 'perverse prikkels' bestaan, zal meer preventie in de eerste lijn niet automatisch leiden tot een beperking van de zorgkosten in de tweede lijn. Er lopen op dit moment enkele experimenten met andere vormen van bekostiging, zoals populatiebekostiging, waarin dit probleem mogelijk wel zal kunnen worden opgelost. Belangrijke nuancering in dit verband is dat er – naast beperking van de zorgkosten – ook andere maatschappelijke baten van preventie in de zorg bestaan, zoals de verhoging van de arbeidsparticipatie.

Meer eigen verantwoordelijkheid voor de patiënt, zowel kans als bedreiging voor preventie
De meeste vormen van preventie in de zorg worden vrijblijvend aangeboden. Patiënten beslissen zelf of ze er gebruik van maken en vervolgens of ze de aangeboden gedragsverandering accepteren en vasthouden. Juist de mensen met een verhoogd risico besluiten vaak niet mee te doen. Een meer verplichtend karakter van preventie in de zorg zou het bereik en het effect kunnen vergroten. Maar dat staat haaks op de maatschappelijke ontwikkeling naar meer eigen verantwoordelijkheid voor burgers en patiënten. Een

andere manier om in te spelen op deze maatschappelijke ontwikkeling is door de wensen en verwachtingen van de patiënt als startpunt van preventie in de zorg te nemen. In een gesprek tussen zorgverlener en patiënt kan duidelijk worden welke persoonlijke en omgevingsfactoren het slagen van gedragsveranderingen in de weg staan. Samen met de patiënt kan worden nagedacht over haalbare doelen en manieren om die doelen te bereiken. Daarbij wordt expliciet afgewogen wat de patiënt zelf kan doen, al dan niet ondersteund door de mensen in de eigen omgeving, en wat daar vanuit de formele zorg aan kan worden toegevoegd. Vervolgens creëren hulpverlener en patiënt samen een oplossing op maat. Of preventie op maat inderdaad tot betere gezondheidseffecten leidt, zou uiteraard wel moeten worden onderzocht.

Verdere verbinding tussen zorg en andere sectoren leidt tot maatschappelijk rendement
Vanuit de eerste lijn wordt steeds meer samengewerkt met wijkgerichte preventieve interventies. Dit past ook in de toekomstvisie van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) voor de huisartsenzorg en in de ambities van de Agenda voor de Zorg. Het gaat momenteel nog om projecten en experimenten, waarin de eerste lijn vooral een signalerende en verwijzende rol krijgt. Als deze ontwikkeling zich doorzet en structurele vormen aanneemt, zal de eerste lijn (huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten, eerstelijnspsychologen et cetera) zich daarin steeds meer ontwikkelen tot brede buurtzorg, met verbindingen met sectoren buiten de zorg. Denk aan gemeenten, verzekeraars, GGD-en, sportclubs, et cetera. Bij de verdere ontwikkeling van deze wijkgerichte zorg zal naar verwachting het gezondheidsdoel van preventie in de zorg worden verbreed. In die andere sectoren gaat het immers vooral over andere doelen, zoals functioneren, arbeidsparticipatie, sociale cohesie, sportdeelname, welzijn, vrijwilligerswerk of mantelzorg. Dit worden dan waarschijnlijk ook expliciete doelen van preventie in de zorg, naast gezondheid.

Deel A:
Rapport op hoofdlijnen

Inhoud Deel A

A1 Inleiding

Themarapport als onderdeel van de VTV-2014
In opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) geeft het RIVM elke vier jaar een overzicht van de volksgezondheid in Nederland: zowel van de huidige situatie als van de toekomst. Dit themarapport maakt deel uit van de zesde editie van deze Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV). De uitkomsten van de themarapporten komen terecht in het samenvattende rapport van de VTV-2014, dat medio 2014 verschijnt (Hoeymans et al., 2011; Hoeymans et al., 2012). Bij de totstandkoming van dit rapport zijn we begeleid door een Wetenschappelijke Advies Commissie (WAC) vanuit de wetenschappelijke wereld, een Beleids Advies Groep (BAG) vanuit het ministerie van VWS en diverse experts op deelterreinen (zie *bijlage* 1).

Zes verdiepende studies over preventie in de zorg in Deel B
Voor dit rapport hebben we een aantal verdiepende studies uitgevoerd. Deze studies worden beschreven in *Deel B* van dit rapport. We hebben gekozen voor zes afgebakende onderwerpen die samen de breedte van de zorg beslaan en waarmee verschillende vormen van preventie aan bod komen voor verschillende doelgroepen. Het zijn: rookpreventie in de perinatale zorg, vroegopsporing van psychosociale problematiek bij jongeren, bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, e-health ter preventie van depressie bij volwassenen, preventie van cardiometabole aandoeningen in de eerste lijn en vroegsignalering van kwetsbare ouderen. De verantwoording van deze selectie staat in de inleiding van *Deel B*. In elk van de verdiepende studies beschrijven we het gezondheidsprobleem, aanbod en bereik, effecten en kosten en kansen en belemmeringen voor de toekomst. In *Deel A* integreren we de uitkomsten van de zes verdiepende studies.

Focus en beleidscontext
Preventie in de zorg is een breed begrip; in alle sectoren van de zorg worden preventieve interventies uitgevoerd. Er zijn in beleidsnota's, in onderzoeksverslagen en in de praktijk veel verschillende beelden van preventie in de zorg. In *paragraaf 1.1* maken we expliciet waar de focus ligt in dit rapport, waarbij we zowel aandacht hebben voor ziektepreventie als voor gezondheidsbevordering. Preventie in de zorg is al geruime tijd een prioriteit in het beleid van de rijksoverheid. Er zijn de afgelopen jaren verschillende beleidsnota's geschreven over preventie in de zorg. In *paragraaf 1.2* beschrijven we kort deze beleidscontext. We eindigen deze *paragraaf* met het formuleren van de vier belangrijkste beleidsthema's die ook leidend zijn in dit rapport. *Paragraaf 1.3* bevat een leeswijzer voor de rest van *Deel A*.

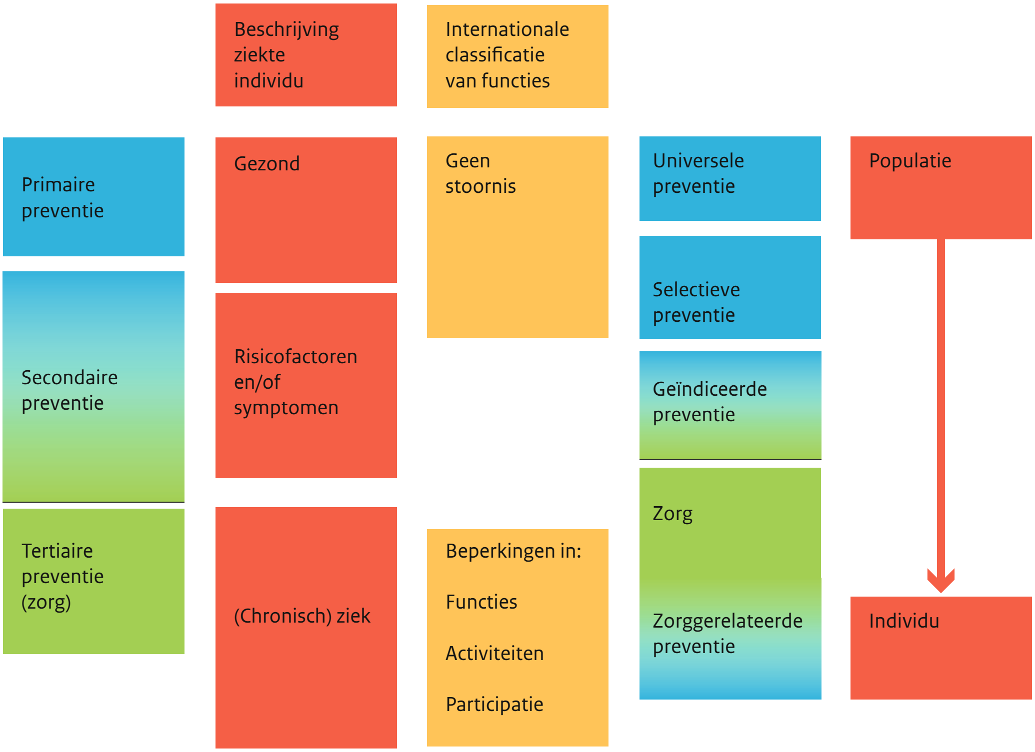
1.1 Focus in dit rapport

Preventie gaat over het voorkómen van ziekten en gezondheidsproblemen
Het doel van preventie is te zorgen dat mensen gezond blijven door hun gezondheid te bevorderen en te beschermen. Ook heeft preventie tot doel ziekten en complicaties van ziekten te voorkómen of in een zo vroeg mogelijk stadium op te sporen. Er worden in rapporten en nota's verschillende indelingen voor preventie naast elkaar gebruikt. De belangrijkste drie zijn: naar type maatregel (ziektepreventie, gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming), naar fase in het ziekteproces (primaire, secundaire en tertiaire preventie) en naar doelgroep (universele, selectieve, geïndiceerde en zorggerelateerde preventie). In de praktijk worden de verschillende begrippen vaak door elkaar heen gebruikt, ook in de zorg. In *figuur A.1.1* wordt weergegeven hoe de indelingen naar ziektefase (van gezond naar ziek) en naar doelgroep (van populatie tot individu) zich tot elkaar verhouden.

Preventie in de zorg is een breed begrip; focus is dus belangrijk
Preventie in de zorg is een breed en divers begrip; we komen het in alle sectoren van de gezondheidszorg tegen. Er bestaat geen eensluidende breed gedragen definitie van preventie in de zorg. In beleidsstukken, richtlijnen en in de praktijk figureren verschillende opvattingen en dat kan per ziekte of doelgroep ook nog anders liggen. Dat is terug te zien in twee recente vergelijkbare rapporten over preventie in de zorg van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en het Nederlands Instituut voor Onderzoek van de Gezondheidszorg (NIVEL) (IGZ, 2012; Koopmans et al., 2012). In elk van deze rapporten wordt een andere afbakening van preventie in de zorg gehanteerd. Ook in dit rapport brengen we expliciet een focus aan. Aan het eind van deze *paragraaf* zullen we laten zien hoe onze focus zich verhoudt tot die van de IGZ en het NIVEL. Vanwege de diversiteit van het onderwerp preventie in de zorg zullen we daar waar nodig onze focus verbreden.

Focus in dit rapport
Onder preventie in de zorg verstaan we in dit rapport vooral: preventieve activiteiten (interventies, programma's, testen, onderzoeken et cetera) aangeboden of (mede) uitgevoerd door een zorgverlener, werkzaam in de gezondheidszorg. Het doel van deze preventie in de zorg is om ziekte en gezondheidsproblemen te voorkomen en gezondheid te bevorderen. Bij aan leefstijl gerelateerde ziekten spelen ziektepreventie (vroegopsporing, preventieve medicatie) en gezondheidsbevordering (gedragsverandering, leefstijlaanpassing) beide een belangrijke rol. In de praktijk gaat het vaak om een combinatie van interventies, waarbij meerdere hulpverleners betrokken zijn. Denk aan de huisarts die overgewicht

Figuur A1.1: Indelingen van preventie (Bron: CVZ, 2007).



signaleert en verwijst naar de diëtiste voor voedingsadvies of naar de fysiotherapeut voor beweegondersteuning. Gezondheidsbescherming is uiteraard ook een belangrijke vorm van preventie, maar vindt vrijwel altijd buiten de zorg plaats. In dit rapport komt het alleen zijdelings aan de orde. De doelgroep van preventie in de zorg bestaat vooral uit mensen met een verhoogd risico (selectieve preventie) of mensen met beginnende ziekte of een voorstadium (geïndiceerde preventie). Het gaat hierbij om primaire en secundaire preventie, waarbij de nadruk ligt op secundaire preventie, omdat preventie in de zorg vaak met vroegopsporing begint. Bij sommige preventieprogramma's in de zorg zijn ook gezonde mensen de doelgroep (universele preventie). Tertiaire of zorggerelateerde preventie betreft activiteiten gericht op zieke patiënten met de directe behandeling van ziekten, klachten, of symptomen als belangrijkste doel. Deze typen preventie vallen buiten de focus van dit rapport. Dat geldt ook voor interventies om het effect van behandelingen vast te houden (terugvalpreventie).

Nadere toelichting op de focus van het rapport

We richten ons op interventies die door een zorgverlener worden aangeboden, met als doel het voorkomen van ziekte en het bevorderen van gezondheid. Het voorkomen van gezondheidsproblemen door het verminderen van kwetsbaarheid en het verhogen van zelfredzaamheid valt hier ook onder. Veel van de interventies in de zorg zijn echter gericht op de verbetering van de toestand van zieke patiënten. Die

interventies (denk aan een advies om te stoppen met roken voor chronische COPD-patiënten) vallen buiten de focus van het rapport. Een grensgeval is het wanneer de patiënten met de ene ziekte de doelgroep vormen voor preventie van een andere ziekte. Denk aan depressiepreventie bij diabetespatiënten. Dergelijke maatregelen komen in dit rapport slechts zijdelings aan bod. Activiteiten ter verbetering van de kwaliteit of de veiligheid van patiëntenzorg vallen buiten de focus. Dit geldt bijvoorbeeld voor de preventie van decubitus of van postoperatieve wondinfecties. Preventie in de zorg wordt meestal aangeboden in een zorgsetting, maar kan ook in andere settings worden aangeboden. Denk bijvoorbeeld aan preventieve zorg, die wordt aangeboden in de thuissituatie door een wijkverpleegkundige.

Aandacht voor vijf dimensies van het RE-AIM-model
Er zijn veel factoren die samen bepalen of een interventie een bijdrage levert aan de volksgezondheid. Het RE-AIM-model is een handige manier om deze factoren te ordenen. RE-AIM staat voor: Reach, Efficacy, Adoption, Implementation en Maintenance. Dit model is door Amerikaanse onderzoekers ontwikkeld en bestaat uit vijf onderdelen: bereik, effectiviteit, adoptie, implementatie en continuering (Glasgow et al., 1999). Samen bepalen ze het uiteindelijke succes (zie ook de inleiding van *hoofdstuk A4*). We kozen het RE-AIM-model omdat dit model het succes van interventies niet alleen afmeet aan effectiviteit, maar ook de aspecten betrekt die van belang zijn voor de stap van onderzoek naar praktijk.

Focus in IGZ-rapport over preventie in de zorg
De Staat van de Gezondheidszorg 2012 van de IGZ (IGZ, 2012) heeft als ondertitel: 'Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen'. Het rapport heeft een vergelijkbare opzet als dit rapport: verdiepende studies, voorafgegaan door een integrerend hoofdstuk. De IGZ beperkt zich in haar rapport tot gezondheidsbevordering. Ziektepreventie blijft daardoor buiten beeld, terwijl dat in ons rapport prominent aanwezig is. De nadruk ligt bij de IGZ op preventie voor kwetsbare groepen, met name in de intramurale zorg. Geen van de IGZ-deelprojecten is specifiek gericht op de huisartsenzorg, terwijl de huisarts in dit rapport veel meer aan de orde komt. De nadruk in het IGZ-rapport ligt op het AIM-gedeelte in het RE-AIM-model: de organisatorische aspecten van adoptie, implementatie en continuering. Bereik en effectiviteit (het RE-deel in RE-AIM) blijven bij de IGZ vrijwel buiten beschouwing. Dit zijn aspecten die we in dit rapport wel uitgebreid bespreken. Een van de IGZ-deelprojecten vertoont overlap: over preventie gericht op rokende zwangeren. In onze verdiepende studie maakten we dankbaar gebruik van dit deel van het IGZ-rapport.

Focus in NIVEL-overzichtsstudie over preventie in de zorg
In 2012 publiceerde het NIVEL een overzichtsstudie over preventieprogramma's in de huisartsenzorg (Koopmans et al., 2012). Op grond van drie voorbeelden – griepvaccinatie, baarmoederhalskankerscreening en het PreventieConsult – werd een analyse gegeven van deelnamebereidheid en deelnametrouw. In termen van het RE-AIM-model ligt de nadruk in dit NIVEL-rapport op bereik en continuering (de letters R en M in het model). Het NIVEL-rapport beperkt zich daarbij expliciet tot programma's in de huisartsenpraktijk en is in die zin aanvullend op het rapport van de IGZ. Twee van de NIVEL-voorbeelden – baarmoederhalskankerscreening en het PreventieConsult – matchen met twee van onze verdiepende studies. Voor wat betreft het bereik en het vasthouden van de gedragsverandering hebben we bij het schrijven van deze verdiepende studies dankbaar gebruikgemaakt van deze verdiepende NIVEL-studies.

1.2 Beleidscontext van preventie in de zorg

Preventie in de zorg is een terugkerend onderwerp in beleidsnota's
Als we de beleidsnota's op het gebied van volksgezondheid en gezondheidszorg van de afgelopen decennia doorlezen, dan valt op dat preventie in de zorg een regelmatig terugkerend thema is. Sinds begin jaren negentig komt het onderwerp in veel VWS-nota's aan de orde. Eerdere nota's, zoals de Volksgezondheidsnota uit 1966 (SZV, 1966) en de Nota 2000 uit 1986 (VWS, 1986), besteedden nauwelijks aandacht aan het thema preventie in de zorg.

Jaren negentig: invoering en verbetering programmatische preventie in de eerste lijn
In 1992 publiceerde het ministerie van VWS de nota Preventiebeleid voor de volksgezondheid (VWS, 1992). Een van de prioriteiten was 'het ontginnen van enige nieuwe gebieden in de uitvoering van preventie binnen de zorgsector'. In de nota omarmde het ministerie de voorstellen van de LHV en het NHG voor de fasegewijze invoering van programmatische preventie (griep, baarmoederhalskanker, hart- en vaatziekten, borstkanker en ongezond gedrag) in de huisartsenpraktijk. Dit was ook de strekking van het 'Advies inzake de versterking van de preventie in de eerstelijnszorg' dat de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (de voorganger van de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ)) in datzelfde jaar uitbracht (NRV, 1992). De raad pleitte ervoor om het programmatische karakter van preventie te vergroten en de betrokkenheid van burgers binnen de uitvoering van preventie te vergroten.

Jaren nul: ook leefstijl en gedragsverandering moet in de spreekkamer aan de orde komen
In het nieuwe millennium richtte het gezondheidsbeleid zich meer op gezondheidsbevordering en minder op ziektepreventie. De preventienota's van 2003 en 2006 benadrukten daarbij dat gezondheidsbevordering integraal aangepakt moet worden: op school, op het werk, in de wijk én in de zorg. In de zorg moest volgens deze nota's vooral meer aandacht voor een gezonde leefstijl komen: 'Het aanpassen van de eigen leefstijl kan en moet veel vaker onderwerp van gesprek zijn tussen hulpverlener en patiënt dan nu het geval is' (VWS, 2003); 'Werkers in de gezondheidszorg kunnen ook – meer dan voorheen – de gezonde keuze nadrukkelijker bevorderen bij hun cliënten' (VWS, 2006).

Visie van VWS: preventie vanzelfsprekend onderdeel van de zorg maken
In 2007 publiceerde VWS een langetermijnvisie op preventie, waarin de verbinding tussen preventie en zorg een leidend thema was (VWS, 2007). Het ministerie van VWS wilde preventie een meer vanzelfsprekend onderdeel maken van de reguliere zorgverlening; er moest meer samenwerking komen tussen de curatieve gezondheidszorg en de publieke gezondheidszorg. De Landelijke nota gezondheidsbeleid 'Gezondheid dichtbij' (VWS, 2011a) zette deze lijn voort: 'Het is gewenst dat binnen de zorg niet alleen aandacht is voor behandeling van ziekten maar ook voor het bevorderen van de gezondheid en preventie.' Nieuw was de nadruk op herkenbare en toegankelijke zorgvoorzieningen, in de buurt of digitaal. Ook de VWS-agenda van het huidige kabinet (VWS, 2013a) uit zich over preventie in de zorg: 'Het voorkómen van ziekte moet in alle onderdelen van de samenleving en in alle onderdelen van de zorg prominenter en in samenhang worden ingevuld.'

Preventie in de zorg in het Nationaal Programma Preventie
Het kabinet werkt momenteel samen met maatschappelijke partners aan een Nationaal Programma Preventie (NPP). In het voorjaar van 2013 werd de opzet hiervan naar de Kamer gestuurd (VWS, 2013b).

Een van de doelen van het NPP is om preventie een prominentere plek te geven in de gezondheidszorg: 'Zorg is niet alleen het behandelen naar aanleiding van een zorgvraag of een indicatie, maar ook het voorkomen van ziekte en het bevorderen van gezondheid. Dit moet in alle onderdelen van de zorg een prominente plek krijgen, zowel in de spreekkamer als in de opleiding.' Er worden concrete afspraken aangekondigd met diverse zorgpartijen om preventie structureel onderdeel van de zorg te maken. Er zal onder andere een convenant met zorgverzekeraars over preventie in de zorg worden afgesloten (Zorgpartijen, 2013).

RVZ: kanteling in de zorg van zz naar gg
Deze beweging in het NPP sluit goed aan bij het pleidooi van de RVZ om de zorg een veranderingsslag te laten maken van ziekte en zorg (zz) naar gezondheid en gedrag (gg) (RVZ, 2010). Om de toename van chronische ziekten, waarbij leefstijl een belangrijke rol speelt, het hoofd te kunnen bieden, moet de zorg volgens de RVZ in beweging naar voren; 'voor de ziekte uit denken', 'eerder, sneller en gerichter handelen'. Dit geldt niet alleen voor de zorgverlener, maar ook voor de zorgvrager: 'van zorgconsument naar actieve burger'. Zo stelde de RVZ voor dat er gemeentelijke inloopcentra komen, onder leiding van een wijkverpleegkundige, gericht op zelfmanagement, preventie, en participatie.

Veel organisaties hebben preventie in de zorg hoog in het vaandel
Ook organisaties van zorgverleners, zorggebruikers en zorgverzekeraars pleiten voor meer preventie in de zorg. De Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) is al geruime tijd actief op dit dossier en stelt dat de samenleving steeds meer van artsen vraagt; dat zij een belangrijke bijdrage leveren aan het voorkómen van ziekten en dat een versterkte eerstelijnszorg hierin het voortouw moet nemen (KNMG, 2007). Ook de Orde van Medisch Specialisten (OMS) benadrukt het belang van preventie van chronische ziekten; medisch specialisten zien zowel een rol binnen als buiten de spreekkamer voor zichzelf: leefstijladviezen geven, samenwerkingsverbanden aangaan, optreden in de media (DMS2015, 2012). In de toekomstvisie van het NHG en de LHV heeft preventie een belangrijke plek in de huisartsenzorg, waarbij de rol van de huisarts niet beperkt blijft tot individuele preventie, maar waarbij de huisarts samen met GGD-en en gemeenten aan wijk gebonden preventie doet (NHG, LHV, 2013). De Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie (NPCF) wil in haar langetermijnvisie preventie verankeren in de zorgverlening in met name de nulde en eerste lijn (NPCF, 2012).

Veertien zorgpartijen pleiten in Agenda voor een gezonder Nederland voor meer preventie in de zorg
In de Agenda voor een gezonder Nederland pleitten artsen, zorgverzekeraars, consumenten en patiënten, GGD-en en gezondheidsfondsen onlangs ook gezamenlijk voor meer preventie in de zorg: 'Gezondheid is voor iedereen belangrijk, daarom willen we met elkaar proberen om ziekte zo mogelijk te voorkomen.' De zorgpartijen willen – net als de RVZ – van zz naar gg en gaan patiënten meer aanspreken op hun leefstijl en meer samenwerken met andere sectoren (onderwijs, werk, welzijn, ruimtelijke ordening, veiligheid). De partijen vragen daarom om een bekostigingssystematiek die gezondheidsbevordering en preventie stimuleert (KNMG, GGD Nederland, NCPF, NPHF, SGF, VNG, ZN, 2012). In hun reactie op de opzet van het NPP vragen de zorgpartijen nog eens specifiek aandacht voor risicogroepen en kwetsbare mensen, voor de wisselwerking tussen gezondheid en participatie en voor de samenwerking met partijen buiten de zorg (Zorgpartijen, 2013).

Beleidsnota's verwachten substitutie van duurdere zorg dankzij preventie
In verschillende beleidsnota's, Van systemen naar mensen (VWS, 2013a), Zorg en ondersteuning in de buurt (VWS, 2011b) en Beleidsagenda 2012 (VWS, 2011c), wordt de verwachting uitgesproken dat preventie en vroegtijdig ingrijpen naast gezondheidswinst ook kan leiden tot besparingen op complexe, zware en dus dure zorg. Dit wordt in beleidsstukken wel substitutie of 'ontzorgen' genoemd. Er is nog veel discussie over de vraag of dit effect inderdaad optreedt. In *hoofdstuk A3* van dit rapport proberen we, onder meer op grond van de verdiepende studies, inzicht te geven in het netto-effect van preventie in de zorg op de zorgkosten als geheel.

Beleidsnota's hebben ook oog voor maatschappelijke baten van preventie in de zorg
Naast de besparing op de zorgkosten zijn er ook andere maatschappelijke baten van preventie in de zorg. Dan gaat het in eerste instantie vooral om verbeterde arbeidsparticipatie. Dankzij preventie in de zorg zou het verzuim kunnen worden verminderd en kan langdurige arbeidsongeschiktheid worden voorkomen. Bij die maatschappelijke baten gaat het ook om andere vormen van participatie, zoals het kunnen bieden van mantelzorg of het doen van vrijwilligerswerk (VWS, 2007; VWS, 2013b).

Preventie in de zorg als oorzaak van én middel tegen medicalisering
Een term die de laatste tijd weer steeds vaker is te vinden in beleidsstukken is medicalisering. Bedoeld wordt dan meestal dat alledaagse problemen ten onrechte worden voorzien van een medische diagnose ('een etiket') (VWS, 2013a). De rol van preventie in de zorg is hierbij tweeslachtig: het wordt genoemd als middel tegen medicaliseren én als een oorzaak ervan. In het eerste geval is de redenering dat dankzij preventie kan worden voorkomen dat iemand zo ziek wordt dat hij of zij voldoet aan een medische diagnose. In het tweede geval leidt preventie in de zorg ertoe dat mensen zonder diagnose worden aangewezen als risicogroep. Deze risicogroep wordt vervolgens in de zorg behandeld als patiënt, terwijl ze objectief gezien geen diagnose hebben. We gaan na in hoeverre we beide effecten terugzien in de verdiepende studies en komen er in *hoofdstuk A5* op terug.

Nadruk op keuzevrijheid en goedgeïnformeerde keuze
Een beleidsthema dat raakt aan preventie in de zorg is dat van de keuzevrijheid en de goedgeïnformeerde keuze. De rol van de burger in zorg en preventie verandert. Van een passieve ontvanger van zorg wordt de patiënt een actieve meebeslisser over zijn zorg. Ook voor preventie geldt dat de regie meer bij de burger wordt gelegd. Zoals van een patiënt een actievere rol wordt verwacht, zo wordt ook van de burger verwacht dat deze een geïnformeerde keuze maakt over zijn gezondheid (Timmermans, 2013). Dat geldt bijvoorbeeld voor de deelname aan screeningen en vaccinaties. Het overheidsbeleid is op deze terreinen niet alleen gericht op maximale gezondheidseffecten, maar ook op het bevorderen van de goedgeïnformeerde keuze van burgers (VWS, 2008). Weliswaar minder expliciet, maar ook bij leefstijl speelt de 'informed choice' een belangrijke rol. De eventuele inperking van de keuzevrijheid van burgers met gezondheidswinst als doel vraagt volgens het NIVEL om een maatschappelijk debat (Koopmans et al., 2012). Bij het beschrijven van preventie in de zorg in dit rapport zullen we ook aandacht geven aan deze aspecten.

Vier belangrijke beleidsthema's
Op grond van al deze nota's en rapporten over preventie in de zorg springen enkele beleidsthema's naar voren. Het eerste thema is de inzet van preventie in de zorg om de stijging van het aantal chronisch

zieken tegen te gaan. Een tweede thema is de houdbaarheid van de zorgkosten; ook hier wordt preventie in de zorg gezien als een oplossing. Het is een oplossing die daarnaast ook zou kunnen leiden tot andere maatschappelijke baten, zoals arbeidsparticipatie. Een derde thema is de veranderende rol van de burger/patiënt. Dan gaat het bij preventie in de zorg over begrippen als geïnformeerde keuzen maken, eigen regie en zelfzorg. Tot slot zien we als belangrijkste beleidsthema de aansluiting tussen de zorg en andere maatschappelijke sectoren. Ook dit raakt aan preventie in de zorg. In de rest van *Deel A* zullen deze beleidsthema's allemaal aan de orde komen. In de beschouwing zullen we vanuit deze beleidsthema's naar de toekomst van preventie in de zorg kijken.

1.3 Opzet van Deel A

Hoofdstuk A2: de praktijk van preventie in de zorg
Er wordt veel geschreven over preventie in de zorg. Preventie wordt genoemd in richtlijnen, standaarden en protocollen, maar er is nog weinig zicht op de mate waarin preventie systematisch wordt aangeboden in de praktijk. Mede op basis van de zes verdiepende studies, zoals beschreven in *Deel B*, proberen we daar een beter beeld van te krijgen. We beschrijven hier zowel het aanbod als het bereik. In *paragraaf A2.5* gaan we nader in op het derde beleidsthema: de geïnformeerde keuze.

Hoofdstuk A3: effecten en kosten van preventie in de zorg
In *hoofdstuk A3* kijken we naar de gezondheidseffecten van preventie in de zorg (eerste beleidsthema), maar ook naar de effecten op (arbeids)participatie (derde beleidsthema). In *hoofdstuk A3* is ook aandacht voor de effecten van preventie in de zorg op de zorgkosten. Een van de belangrijkste argumenten voor meer preventie in de zorg is dat daarmee chronische ziekten kunnen worden voorkomen of uitgesteld en daarmee ook de zorgkosten. We kijken hierbij naar de kosten van preventie in de zorg én naar wat het oplevert aan besparingen op zorgkosten en andere maatschappelijke baten. Hierin komt het tweede beleidsthema aan de orde.

Hoofdstuk A4: succesfactoren op basis van RE-AIM
Wat zijn de randvoorwaarden en succesfactoren voor preventie in de zorg? Wat kunnen we hierover leren uit de zes verdiepende studies? Daarover gaat *hoofdstuk A4*. We volgen hierbij het raamwerk van het RE-AIM-model, dat eind jaren negentig is ontwikkeld om public health-maatregelen te evalueren (Glasgow et al., 1999). Het RE-AIM-model bestaat uit vijf dimensies (bereik, effectiviteit, adoptie, implementatie en continuering) die samen de uiteindelijke impact van een interventie bepalen. We kozen het RE-AIM-model omdat dit model het succes van interventies niet alleen afmeet aan effectiviteit, maar ook de aspecten betrekt die van belang zijn voor de stap van onderzoek naar praktijk. Ondanks de verschillen tussen bijvoorbeeld ziektepreventie en gezondheidsbevordering kunnen beide preventievormen van elkaar leren, bijvoorbeeld als het gaat over het verhogen van het bereik en het vasthouden van effecten.

Hoofdstuk A5: beschouwing
In *hoofdstuk A5* volgt een beschouwing. Daarin richten we ons op vier belangrijke beleidsthema's zoals die naar voren kwamen in *paragraaf A1.2*. We richten daarbij onze blik ook naar de toekomst. Wat kunnen we op basis van het voorgaande voor elk van deze beleidsthema's over de toekomst van preventie in de zorg

zeggen? Uiteraard is niet precies te voorspellen hoe preventie in de zorg zich in de toekomst zal ontwikkelen. Maar op grond van de ontwikkelingen die we zien, kunnen we wel een aantal lijnen naar de toekomst doortrekken. Daarbij komen ook mogelijke dilemma's aan de orde.

A2
De praktijk van preventie in de zorg

In dit *hoofdstuk* kijken we naar de praktijk van preventie in de zorg. We constateren eerst dat in alle sectoren van de zorg aan preventie wordt gedaan, maar dat de huisartsenzorg de meest aangewezen setting voor preventie is. Vervolgens laten we zien dat in veel richtlijnen en standaarden niet alleen aandacht is voor behandeling, maar ook voor preventie. Het gaat hierbij meestal om zorggerelateerde preventie, wat buiten de scope van dit rapport valt. We proberen ook inzicht te geven in hoeverre preventieaanbevelingen in de praktijk worden gebracht en hoe het met de deelname aan preventie in de zorg staat. Of het hierbij ook altijd om goedgeïnformeerde beslissingen gaat, is het onderwerp van *paragraaf* A2.5.

2.1 Setting voor preventie in de zorg

Preventie in alle sectoren van de zorg
In alle sectoren van de gezondheidszorg wordt aan preventie gedaan. In de ziekenhuiszorg worden de termen preventie en zorg vaak aan elkaar verbonden, denk aan de rookstoppoli's of de spreekuren voor vasculair risicomanagement. In verpleeg- en verzorgingshuizen wordt bijvoorbeeld aan valpreventie gedaan. Thuiszorg biedt een diversiteit van preventie aan: van beweegactiviteiten tot voorlichtingsbijeenkomsten (ZonMw, ActiZ, 2011). Daarnaast doen thuiszorgmedewerkers ook veel aan risicosignalering, bijvoorbeeld op het gebied van voedingstoestand, medicijnveiligheid of eenzaamheid. Preventie is ook een belangrijk onderwerp in de geestelijke gezondheidszorg. GGZ-instellingen bieden bijvoorbeeld verschillende cursussen aan ter preventie van depressie of angststoornissen. De verloskundige zorg bestaat voor een groot deel uit preventieve controles, leefstijladviezen en screeningen. Ook in de tandartsenzorg is preventie een belangrijke pijler. Denk bijvoorbeeld aan de periodieke controles, preventieve interventies en zelfzorgadviezen.

Preventie behoort tot het basistakenpakket van de huisarts
Naast bovenstaande diversiteit van preventie in alle sectoren van de zorg gaat het bij preventie in de zorg vaak om de huisartsenzorg. De huisarts wordt als de eerste en meest aangewezen zorgverlener gezien die zijn of haar patiënten preventie kan aanbieden. Preventie is vastgelegd in het basistakenpakket van de huisarts (LHV, 1986). De huisarts dient aandacht te geven aan individuele preventie, ook zonder dat de patiënt daarom vraagt. Daarnaast wordt het aanbieden van collectieve preventie aan bepaalde groepen, bijvoorbeeld zuigelingen, genoemd. Voor wat betreft screening en vroegopsporing heeft de huisarts tot taak om vroegtijdige diagnostiek te bevorderen bij patiënten uit risicogroepen. In eerste instantie via 'case-finding', maar onder voorwaarden (onder andere evidence en financiering) en ook via actief oproepen. Ten slotte wordt het voorkómen van onnodige medicalisering in dit kader ook expliciet benoemd. In de Toekomstvisie Huisartsenzorg 2022 wordt de ambitie uitgesproken dat de huisartsenzorg zich richt 'op die vormen van preventie waarvan haar inzet aantoonbare meerwaarde heeft: de zorggerelateerde en geïndiceerde preventie', en dat huisartsen samen met andere partijen vormgeven aan 'wijkgebonden preventie, waarbij wordt afgesproken wie op welke wijze de meest effectieve rol kan spelen' (NHG, LHV, 2013).

Huisartsen en patiënten zien duidelijke preventieve taken voor de huisarts
Ongeveer driekwart van de huisartsen ziet het als hun taak bij patiënten gezondheidsproblemen te voorkomen en bijna negentig procent vindt het onder hun verantwoordelijkheid vallen om gezonde leefstijl aan de orde te stellen (Kramer, 2011). Driekwart van de artsen denkt dat patiënten het acceptabel vinden als hij/zij ongevraagd over roken, alcohol of overgewicht begint. Veel patiënten vinden dit inderdaad acceptabel. Bijna alle artsen vinden dat screening alleen aangeboden moet worden als uit onderzoek blijkt dat het effectief is en dat het hun taak is om patiënten weg te houden van onnodige onderzoeken. Over totalbodyscans en jaarlijks check-ups zijn huisartsen in overgrote meerderheid negatief, terwijl de meeste patiënten dit juist goede ontwikkelingen vinden. In deze cijfers zijn sinds 1999 geen grote verschuivingen opgetreden. Huisartsen en patiënten zijn dus de afgelopen vijftien jaar niet positiever of negatiever gaan denken over preventie en hun rol daarbij.

Huisarts als verbindende schakel
De huisarts heeft een belangrijke signalerende rol als het om gezondheidsrisico's gaat. Huisartsen kunnen de preventieve behandelingen gericht op deze risico's niet allemaal zelf doen, maar kunnen deze wel delegeren naar bijvoorbeeld een Praktijk Ondersteuner Huisarts (POH). Ook kan de patiënt worden doorverwezen naar het beschikbare aanbod elders in de zorg (fysiotherapeut, diëtist et cetera). Ten slotte, met name als het gaat om leefstijlgerelateerde gezondheidsrisico's, is doorverwijzing naar het aanbod buiten de zorg (sport, welzijn et cetera) op zijn plaats. Verderop in dit *hoofdstuk* zien we echter dat zorgverleners weinig inzicht hebben in dit lokale aanbod. Ook in richtlijnen wordt de brug naar de publieke gezondheidszorg nog maar weinig geslagen.

2.2 Preventie in zorgrichtlijnen

In bijna alle huisartsenrichtlijnen wordt aandacht besteed aan preventie
In de eerstelijnszorg wordt al veel aan preventie gedaan, volgens de richtlijnen althans. Zo leert een blik in de honderd NHG-Standaarden dat in bijna alle huisartsenrichtlijnen ook aandacht wordt besteed aan

preventie. Vaak gaat het om zorggerelateerde preventie, waarbij complicaties, recidieven en verergering worden voorkomen bij zieke patiënten in behandeling. Dit valt buiten de focus van dit rapport (zie *paragraaf A1.2*). Maar in de NHG-Standaarden komt ook geïndiceerde preventie, waarbij patiënten met een hoog risico op ziekte behandeld worden, regelmatig aan de orde. Daarnaast zijn er verschillende collectieve preventieprogramma's die in de huisartsenpraktijk worden uitgevoerd. Dit geldt bijvoorbeeld voor de griepvaccinatie en het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Opvallend is dat de laatste jaren enkele NHG-Standaarden verschenen die specifiek over preventie gaan. De standaarden Cardiovasculair risicomanagement (H&W, 2012), Stoppen met roken (Chavannes et al., 2007), Obesitas (Van Binsbergen et al., 2010), Het PreventieConsult (Dekker et al., 2011) en Preconceptiezorg (De Jong-Potjer et al., 2011) zijn allemaal de afgelopen vijf jaar voor het eerst gepubliceerd.

Zorgstandaarden bevatten ook preventieonderdelen
Een zorgstandaard beschrijft in hoofdlijnen wat goede zorg is bij een bepaalde chronische ziekte en hoe deze zorg vanuit het perspectief van de patiënt georganiseerd zou moeten worden (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2012). Voor verschillende aandoeningen zijn inmiddels zorgstandaarden ontwikkeld. Dit geldt bijvoorbeeld voor diabetes type 2, COPD en astma. Het Coördinatieplatform Zorgstandaarden ontwikkelde een raamwerk waarbinnen preventieve interventies, bijvoorbeeld gericht op afvallen of stoppen met roken, ondergebracht worden in aparte modules (Coördinatieplatform Zorgstandaarden, 2010). Deze modules zijn vervolgens in te passen in de zorgstandaarden voor diverse ziekten. Er zijn ook twee aparte zorgstandaarden voor preventieve zorg ontwikkeld: voor obesitas (Partnerschap Overgewicht Nederland (PON), 2010) en voor vasculair risicomanagement (Platform Vitale Vaten, Zorgstandaard Cardiovasculair risicomanagement, 2013). De taken en functies van het Coördinatieplatform Zorgstandaarden zijn sinds 1 januari 2013 overgenomen door het Kwaliteitsinstituut in oprichting.

De Zorgstandaard Diabetes type 2 heeft een addendum voor geïndiceerde preventie
De door de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) ontwikkelde Zorgstandaard Diabetes type 2 beschrijft de noodzakelijke onderdelen van zorg om diabetes te voorkómen, tijdig op te sporen en juist te behandelen (NDF, 2007). De zorgstandaard stelt dat preventie een 'essentieel onderdeel van goede diabeteszorg' is. Aangezien de zorgstandaard de zorg vanáf de diagnose beschrijft, valt primaire preventie (in de indeling naar doelgroep: universele en selectieve preventie) buiten de scope. In 2012 kreeg de zorgstandaard wel een addendum over geïndiceerde preventie (NDF, 2012). Hierin wordt de preventieve zorg beschreven voor individuen met een verhoogd risico op diabetes type 2, maar zonder diagnose. De zorg voor deze personen (geïndiceerde preventie) bestaat voornamelijk uit het geven van leefstijladviezen, het bevorderen van zelfmanagement, de driejaarlijkse controle van de bloedsuiker en eventueel het voorschrijven van preventieve medicatie. Het addendum adviseert ook over selectieve preventie door actieve opsporing middels een risicovragenlijst in groepen met een mogelijk verhoogd risico. Niet alle delen van de Zorgstandaard Diabetes vallen overigens onder de Zorgverzekeringswet (Zvw). Dit geldt vooral voor de preventieve activiteiten. Daarom worden preventieve activiteiten minder vaak gecontracteerd en kreeg slechts in een derde van de onderzochte zorggroepen iedere patiënt preventieve activiteiten aangeboden (IGZ, 2012).

Preventieaanbevelingen in richtlijnen niet altijd in praktijk gebracht
Preventie komt dus aan de orde in vele richtlijnen en standaarden, maar in hoeverre wordt dit ook

daadwerkelijk in de praktijk toegepast? Deze vraag is niet goed te beantwoorden, omdat de informatie daarover grotendeels ontbreekt. Zo bevat het preventieaddendum bij de diabeteszorgstandaard weliswaar indicatoren voor de geleverde preventieve zorg, maar zijn de bijbehorende cijfers niet beschikbaar. Ook over de naleving van preventieaanbevelingen in richtlijnen is nauwelijks iets bekend. Feitelijk is er dus nog heel weinig te zeggen over hoeveel preventie er in de eerstelijnszorg wordt uitgevoerd. Uit recent onderzoek van het NIVEL bleek uit analyse van huisartsconsulten over leefstijl dat zij voornamelijk algemene informatie over leefstijl geven en dat dit vaak niet goed is afgestemd op de patiënt. Huisartsen maken bovendien nauwelijks gebruik van motiverende gesprekstechnieken tijdens consulten over leefstijlgedrag van de patiënt (Van Dulmen & Noordman, 2013). Analyse van consulten tussen praktijkondersteuners en patiënten met overgewicht of obesitas laat zien dat ook deze adviezen niet specifiek en gepersonaliseerd zijn. Daarnaast gaat het in de praktijk vaak niet om gecombineerde leefstijladviezen, maar komt alleen voeding of alleen beweging aan de orde (Van Dillen et al., 2013).

Preventieaanbevelingen in richtlijnen soms vrijblijvend geformuleerd

In de NHG-Standaarden zijn de preventieaanbevelingen soms open of algemeen geformuleerd. Dat maakt het lastig om aan te geven in hoeverre de richtlijn wordt gevolgd of niet. Zo staat in de Standaard Stoppen met roken dat de rookstatus van patiënten in kaart moet worden gebracht, en dat diegenen die gemotiveerd zijn om te stoppen ondersteuning aangeboden moeten krijgen. Bij welke patiënten de rookstatus in kaart moet worden gebracht, wordt opengelaten. Dit betreft patiënten die zelf om ondersteuning vragen bij stoppen met roken en spreekuurbezoekers bij wie stoppen met roken extra van belang is (bijvoorbeeld patiënten met aan roken gerelateerde klachten of aandoeningen, ouders van kinderen met astma en zwangere vrouwen). Maar, zo stelt de standaard, 'de huisarts kan het in kaart brengen van de rookstatus uitbreiden naar geschikte situaties en naar groepen van patiënten bij wie veel gezondheidswinst valt te behalen'. Dit kan gaan om nieuwe patiënten, jongeren en sociaaleconomische achterstandsgroepen. 'Tot slot kan de huisarts besluiten de rookstatus van alle patiënten in kaart te brengen.' Gezien het vrijblijvende karakter van deze aanbevelingen is het niet verwonderlijk dat uiteindelijk slechts een kwart van alle rokers die de huisarts bezoeken een advies krijgt om te stoppen met roken (Zorgbalans, 2012a). Ditzelfde patroon zien we in andere NHG-Standaarden over preventie. Zo is de NHG-Standaard Preconceptiezorg in eerste instantie gericht op paren die zich voor een zwangerschap melden bij de huisarts. Ook hier wordt verdere uitbreiding van het aanbod tot andere doelgroepen als optie opengelaten: 'Andere momenten om in de dagelijkse praktijk preconceptiezorg aan te stippen kunnen zijn bij vragen over anticonceptie, seksueel overdraagbare aandoeningen (soa) of eventueel bij uitstrijkjes' (De Jong-Potjer et al., 2011).

2.3 Aanbod

Aanbod in de praktijk is soms versnipperd

Het aanbod van preventie in de zorg is soms erg versnipperd. Preventieve interventies worden vaak op projectbasis aangeboden of in het kader van wetenschappelijk onderzoek. In verschillende regio's, gemeenten of wijken zijn grote verschillen in het preventieaanbod vanuit de zorg. Dit komt naar voren in een aantal van de verdiepende studies. Zo blijkt uit *hoofdstuk B6* over de preventie van cardiometabole aandoeningen dat er op dit gebied talloze regionale initiatieven zijn, uitgevoerd door uiteenlopende partijen binnen en buiten de zorg en gericht op verschillende doelgroepen. De conclusies van een recente

verkenningsstudie vanuit de universiteit Maastricht sluiten hierbij aan: 'Opvallend is de grote diversiteit in betrokken organisaties, wijze van financiering en geografische inbedding' (Wyers et al., 2012). Bij preventie gericht op kwetsbare ouderen zien we ook een veelheid aan projecten en onderzoeken, maar is er geen landelijk dekkend aanbod. Zo zijn er vanuit het ZonMw-programma Zichtbare schakels verschillende projecten met wijkverpleegkundigen, die op verschillende manieren voor verschillende doelgroepen werken.

Zorgverleners missen het overzicht

Zorgverleners ervaren het grote, onoverzichtelijke aanbod aan interventies en de slechte doorstroming naar lokale interventies als een belangrijk knelpunt bij het uitvoeren van leefstijlactiviteiten in de eerste lijn (Meijer et al., 2012). Een inventarisatie onder zorgprofessionals in de diabeteszorg liet een vergelijkbaar beeld zien: er is een groot aanbod aan leefstijlinterventies, maar overzicht in het lokale aanbod ontbreekt (Hamberg et al., 2008). Ten slotte bleek uit een Maastrichtse verkenningsstudie naar het PreventieConsult ook dat inzicht in beschikbaarheid van leefstijlinterventies, sportfaciliteiten en welzijnsactiviteiten op regionaal niveau, de zogenoemde sociale kaart, meestal ontbreekt en dat dat een barrière is voor zorgverleners (Wyers et al., 2012). Als zorgverleners meer inzicht in het regionale aanbod hebben, zou het bereik van leefstijlinterventies toe kunnen nemen. Meer samenwerking tussen Regionale Ondersteuningsstructuren (ROS) en GGD-en kan hieraan bijdragen.

Programmatische aanpak leidt tot uniform aanbod

Als preventie in de zorg programmatisch wordt aangepakt, dan is het aanbod uiteraard niet versnipperd, maar krijgt iedereen in de doelgroep dezelfde preventieve interventie aangeboden. Dit geldt bijvoorbeeld voor de bevolkingsonderzoeken en de vaccinaties. In de verdiepende studie over de screening op baarmoederhalskanker laten we zien dat de screening landelijk gecoördineerd en regionaal wordt uitgevoerd. Iedere vijf jaar ontvangen vrouwen in de doelgroep een uitnodiging. Dit hele proces is gestandaardiseerd en het RIVM Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CVB) monitort de kwaliteit ervan. Ook in de jeugdgezondheidszorg krijgen de meeste kinderen op hetzelfde contactmoment ongeveer dezelfde preventieve zorg aangeboden. Dit uniforme deel van het basistakenpakket bestaat onder andere uit monitoring, voorlichting, advies, screening en vaccinatie. Uit de verdiepende studie over vroegopsporing van psychosociale problemen bij kinderen blijkt dat de overgrote meerderheid van de JGZ-instellingen hiervoor dezelfde gevalideerde vragenlijst gebruikt.

Toch variatie ondanks protocollen en programma's

Ondanks de programmatische aanpak is er soms toch praktijkvariatie. Zo zijn er bij het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker verschillen in wie de screening aanbiedt: soms is dat de screeningsorganisatie en soms de huisarts. Dit leidt ook tot verschillen in deelname aan de screening: als de huisarts uitnodigt, doen meer vrouwen mee dan als de screeningsorganisatie uitnodigt (zie *hoofdstuk B4*). Met de toekomstige invoering van de HPV-test zal deze diversiteit mogelijk verdwijnen en gaan alle uitnodigingen waarschijnlijk via de screeningsorganisaties. In de verdiepende studie naar preventie gericht op roken door verloskundigen (zie *hoofdstuk B2*) zagen we dat, ondanks een landelijk protocol, er toch grote praktijkvariatie in de uitvoering is. Waar sommigen alle stappen van de Minimale Interventiestrategie (V-MIS) uitvoeren, worden in andere praktijken alleen de eerste stappen uitgevoerd. De onderzoeken en interventies van de IGZ hebben eraan bijgedragen dat dit inmiddels een stuk beter is (IGZ, 2012).

2.4 Bereik

Het bereik van preventie in de zorg kan beter

Voor grote delen van het preventieaanbod in de zorg geldt dat het niet bekend is hoeveel mensen ermee worden bereikt. Zo wordt veel geschreven over het PreventieConsult, maar hoeveel mensen in Nederland tot nu toe hebben meegedaan aan een dergelijk consult is niet bekend. Dit zal naar schatting minder dan een procent van de potentiële doelgroep van vier miljoen Nederlanders zijn. In 2012 vulden ruim 90.000 mensen de screeningsvragenlijst op www.testuwrisico.nl in, waarbij ruim een derde een verhoogd risico had en meer dan de helft een licht verhoogd risico (cijfers Diabetes Fonds). In hoeverre deze mensen ook daadwerkelijk naar hun huisarts gingen met deze uitslag is niet bekend. Ook bij kwetsbare ouderen is het onbekend hoeveel van hen met preventieve zorg worden bereikt. Bij de programmatische preventie in de zorg wordt het bereik wel goed gemonitord. Zo weten we dat ongeveer twee derde van de uitgenodigde vrouwen deelneemt aan de baarmoederhalskankerscreening. Bij de griepvaccinatie geldt dat ongeveer driekwart van de risicopopulatie de griepprik heeft gehaald (Heijnen, 2008). De screeningen en vaccinaties die als onderdeel van de jeugdgezondheidszorg worden aangeboden, zoals de hielprik en het rijksvaccinatieprogramma, kennen een veel hogere deelnamegraad (Zorgbalans, 2013). Met het preventieaanbod vanuit de geestelijke gezondheidszorg wordt een veel kleiner deel van de doelgroep bereikt. Zo wordt slechts 0,5 procent van de mensen met een subklinische depressie bereikt met een preventieve depressie-interventie aangeboden vanuit de GGZ (Zorgbalans, 2012b). Het aanbieden van online interventies zorgt er overigens wel voor dat het bereik toeneemt, zo blijkt uit de verdiepende studie.

Leefstijl wordt niet vaak besproken tijdens huisartsconsulten

In slechts een klein percentage van de huisartsconsulten komt het onderwerp leefstijl aan de orde (Noordman et al., 2010). Met name alcoholgebruik, rookgedrag en voeding, respectievelijk 4, 8 en 11 procent, worden zelden bediscussieerd met patiënten. Deze percentages zijn bovendien nauwelijks toegenomen de afgelopen decennia. Voor bewegen ligt het wat anders. Dit is wel fors toegenomen in de afgelopen tijd en tegenwoordig is bewegen in bijna een kwart van de consulten een gespreksonderwerp. Meestal komt leefstijl aan bod als dat relevant is voor een gepresenteerde klacht (symptoombenadering) en soms als er sprake is van een verhoogd risico op een chronische ziekte (hoogrisicobenadering). Een populatiebenadering, waarbij leefstijl met alle patiënten wordt besproken, wordt niet toegepast (Noordman et al., 2010).

Preventie in de zorg bereikt niet altijd de risicogroepen

Het bereik van preventie in de zorg is meestal lager in risicogroepen. Dit zien we bijvoorbeeld bij de deelname aan baarmoederhalskankerscreening, waarvan bekend is dat de helft van de gevallen van baarmoederhalskanker voorkomt bij het deel dat niet deelneemt aan de screening. In de verloskundige zorg zien we dat juist risicogroepen vaker laat bij de verloskundige komen. Hoe langer een zwangere rookt, hoe meer schade is aangericht bij de foetus. Zo vroeg mogelijk stoppen met roken is dus van groot belang, liefst vóór de conceptie. Niet-deelnemers aan de verschillende screeningsprogramma's zijn vaker laagopgeleid, afkomstig uit etnische minderheden en zijn ongezonder dan deelnemers. Het zijn vaak juist de beter opgeleide en gezondere zorgconsumenten die preventief medisch onderzoek laten doen (Timmermans, 2013). Maar er zijn ook uitzonderingen; bij de griepvaccinatie bijvoorbeeld is de deelname onder laagopgeleiden juist hoger dan onder hoogopgeleiden.

Meer gezondheidswinst bij hoger bereik
Als preventie in de zorg meer mensen zou bereiken, en vooral ook de risicogroepen, dan zal de gezondheidswinst navenant groter zijn. Het NIVEL concludeerde dat preventieprogramma's in de praktijk veel minder effectief zijn dan ze zouden kunnen zijn. De belangrijkste reden hiervoor is dat maar een deel van de doelgroep wordt bereikt en nog minder mensen lang genoeg blijven meedoen. Het NIVEL schatte bijvoorbeeld in dat een verhoging van de deelname aan preventieprogramma's zoals de griepprik en de baarmoederhalskankerscreening met tien procentpunten zou kunnen leiden tot duizenden voorkomen ziektegevallen en tientallen vermeden sterftegevallen (Koopmans et al., 2012). Succesfactoren voor het verhogen van de deelname komen aan bod in *paragraaf A4.1*.

Deelname aan screeningen en vaccinaties stagneert
Bij verschillende preventieprogramma's die in de zorg aangeboden worden, zien we echter geen stijging van het bereik. Soms zien we zelfs een lichte daling. Dit doet zich bijvoorbeeld voor bij het bevolkingsonderzoek naar borstkanker, waar de deelname de laatste jaren in alle screeningsronden, leeftijdsgroepen en screeningsregio's iets terugloopt: van 82,4 procent in 2007 naar 80,7 procent in 2010 (LETB, 2012). Op basis van de proefbevolkingsonderzoeken is de verwachting dat ongeveer 60 procent van de doelgroep zal deelnemen aan de darmkankerscreening (RIVM, 2011). Ditzelfde patroon doet zich ook voor bij deelname aan griepvaccinatie. De vaccinatiegraad in de doelgroep daalde van 71,5 procent in 2008 naar 65,7 procent in 2011 (IQ Healthcare, 2012). De discussie over de effectiviteit van de griepprik en de verlaging van de leeftijdsgrens naar 60 jaar lijken hier een rol te spelen.

2.5 Geïnformeerde keuze

Ook geïnformeerde keuze is een belangrijk doel…
Naast een hoge deelname aan preventie in de zorg en dus een maximale gezondheidswinst is ook het maken van een eigen afweging, een goedgeïnformeerde keuze, een belangrijk doel van het beleid. Dit speelt vooral bij screeningen: 'Screening kan gezondheid opleveren wanneer behandelbare ziekten in een vroeg stadium worden opgespoord. […] Maar screening kent ook nadelen. Het kan leiden tot onnodige ongerustheid, valse geruststelling en uitsluiting van werk of verzekeringen' (VWS, 2008). Het mogelijk maken van een goedgeïnformeerde keuze is daarom een belangrijke doelstelling van het Nederlandse screeningsbeleid. Ook de Gezondheidsraad stelt, vanuit de criteria van Wilson & Jungner, dat 'deelname aan screening en vervolgonderzoek gebaseerd moet zijn op een geïnformeerde en vrijwillige keuze' (Gezondheidsraad, 2008). Er blijkt in de praktijk een enorme variatie: gevonden percentages van geïnformeerde keuzes (over deelname aan een van de bevolkingsonderzoeken) variëren van minder dan één kwart tot meer dan driekwart (Van den Berg, 2010). En ook de evaluaties van een aantal Nederlandse bevolkingsonderzoeken, onder andere prenatale screening op downsyndroom, de hielprik en borstkankerscreening laten zien dat er in de praktijk niet altijd sprake is van goedgeïnformeerde keuzes over screeningsdeelname. De positieve attitude ten opzichte van bevolkingsonderzoek lijkt soms een weloverwogen keuze in de weg te staan (Timmermans, 2013). Een betere definitie en operationalisatie van geïnformeerde keuze is nodig.

… maar dit kan ten koste gaan van de deelname
Er zijn effectieve maatregelen om het maken van een geïnformeerde keuze te ondersteunen (Stacey et

al., 2011). Het is niet duidelijk wat een (beter) geïnformeerde keuze betekent voor de deelname aan bevolkingsonderzoek (Timmermans, 2013). Een gevolg hiervan kan zijn dat de deelnamegraad aan een screening terugloopt. Dit bleek bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk waar het effect van het gebruik van een keuzehulp voor dikkedarmkankerscreening op geïnformeerde keuze door mensen met een lage sociaaleconomische status (ses) geëvalueerd werd (Smith et al., 2010). Mensen bij wie het screeningsaanbod vergezeld was gegaan met een keuzehulp (een boekje en een dvd) maakten vaker een goedgeïnformeerde keuze, maar die keuze was minder vaak voor deelname aan de screening. Het lijkt erop dat mensen die meer kennis over de screening hebben, zich beter bewust zijn van de individuele voor- én nadelen van screening en daardoor vaker besluiten niet deel te nemen. De beide doelen – gezondheidswinst behalen en mensen een geïnformeerde keuze laten maken – kunnen daarmee op gespannen voet staan. Of, zoals Koopmans et al. (2012) concludeerden in hun overzichtsstudie: als in de toekomst de ‘keuze vooral bij het individu moet blijven, zal de gezondheidswinst van programmatische preventieprogramma’s suboptimaal blijven.’

A3
Effecten en kosten

Dit *hoofdstuk* richt zich zowel op de effecten als de kosten van preventie in de zorg. In *paragraaf A3.1* geven we antwoord op de tweede hoofdvraag van dit rapport: welke effecten zijn te verwachten van preventie in de zorg? We kijken hierbij niet alleen naar de gezondheidseffecten, maar ook naar de effecten op (arbeids)participatie. In *paragraaf A3.2* gaan we ook op zoek naar antwoorden op de derde hoofdvraag van dit rapport: wat zijn de effecten van preventie in de zorg op de zorgkosten? We kijken hierbij naar de kosten van preventie in de zorg én naar wat het oplevert aan besparingen op zorgkosten. We zien in dit *hoofdstuk* dat we eigenlijk maar weinig weten over de effecten van preventie in de zorg en de impact ervan op de zorgkosten.

3.1 Effecten

Hoge verwachtingen van effecten van preventie in de zorg
Er wordt veel verwacht van preventie in de zorg, vooral voor wat betreft de gezondheidseffecten. Betere perinatale rookpreventie leidt tot minder ongunstige zwangerschapsuitkomsten. Vroegopsporing in de jeugdgezondheidszorg voorkomt psychosociale aandoeningen. Dankzij preventieconsulten neemt de incidentie van cardiometabole aandoeningen af. Door de wijkverpleegkundige worden gezondheidsrisico's op tijd aangepakt. In hoeverre zijn deze verwachtingen gerechtvaardigd? Wat zegt de wetenschappelijke literatuur over de gezondheidseffecten van preventie in de zorg?

Wisselend beeld op basis van verdiepende studies
In de verdiepende studies komen voorbeelden van preventie in de zorg aan bod waarvan de effectiviteit met onderzoek redelijk tot goed onderbouwd is. Dit geldt bijvoorbeeld voor rookpreventie in de perinatale zorg, voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker en voor e-health ter preventie van depressie. Maar bij andere voorbeelden van preventie in de zorg valt juist het ontbreken

van deze evidence, of de inconsistentie ervan, op. Dit zien we bij de vroegopsporing van psychosociale problemen in de JGZ, bij de preventie van cardiometabole aandoeningen middels het PreventieConsult en bij de vroegsignalering van kwetsbare ouderen.

Evidence-base vaak nog onvoldoende
Het blijkt niet bekend te zijn in hoeverre vroegopsporing van psychosociale problemen bij kinderen en jongeren vanuit de JGZ tot gezondheidswinst leidt. Het effect op gezondheid hangt naast de validiteit van de opsporing vooral af van de vervolgstappen die daarna gezet worden. Vanwege de grote gevolgen van psychosociale problemen voor kinderen en volwassenen op onder meer kwaliteit van leven, zorgkosten en participatie is de potentieel te behalen winst groot. Ditzelfde geldt voor vroegopsporing van cardiometabole risico's en van kwetsbaarheid bij ouderen. Beiden zorgen voor veel ziekte en verlies aan kwaliteit van leven, maar in onderzoek is nog niet met voldoende bewijskracht aangetoond dat dergelijke screeningen meer voordelen dan nadelen hebben. Omdat preventie ongevraagd aangeboden wordt aan mensen die meestal nog geen klachten hebben, is het van groot belang dat deze evidence er komt, liefst voor grootschalige implementatie ervan. Ook het gat tussen efficacy en effectiveness, zoals dat in *hoofdstuk B6* bijvoorbeeld scherp naar voren komt, vraagt om nader onderzoek.

Mogelijkheden voor preventie in de zorg nog niet optimaal benut
Ook bij de verdiepende studies naar preventieve interventies in de zorg waar de evidence-base steviger is, is nog veel ruimte voor verbetering. Verschillende preventieve cursussen voor mensen met depressieve klachten, ook via e-health, laten mooie resultaten zien. Een kwart van de nieuwe depressies is hiermee te voorkomen. Maar omdat slechts een fractie van de doelgroep in de praktijk bereikt wordt met dit preventieaanbod, zit er een groot gat tussen de theoretische gezondheidswinst en de daadwerkelijke winst van depressiepreventie in de zorg. Uit de verdiepende studie naar rookpreventie in de perinatale zorg blijkt dat stopondersteuning door verloskundigen effectief is. Hierdoor stoppen vier keer zoveel zwangere vrouwen met roken dan zonder deze begeleiding. Nog steeds blijft echter het grootste deel van de rokende zwangeren doorroken tijdens de zwangerschap. Ook hier is dus nog veel winst mogelijk, bijvoorbeeld door inzet van preconceptionele zorg, zodat rokende vrouwen al vóór de zwangerschap ondersteuning krijgen bij het stoppen met roken. Dit zou met name ten goede komen aan de lage sociaaleconomische groepen; hoogopgeleide vrouwen roken nauwelijks meer tijdens de zwangerschap.

Veel discussie over effectiviteit
Zoals gezegd laat onderzoek een wisselend beeld zien over de gezondheidseffecten van preventie in de zorg. Soms werkt het wel, maar vaak ook niet. Het ene onderzoek laat veelbelovende resultaten zien, het andere niet. Op de ene uitkomstmaat wel, maar op de andere belangrijke uitkomstmaat weer niet. Dit leidt tot veel discussie over effectiviteit. Vaak gaat het daarbij om interpretatie van onderzoeksresultaten en om de weging van negatieve bijeffecten zoals overdiagnostiek, overbehandeling en medicalisering. Bij de kankerscreeningen zien we dit heel sterk, maar ook op andere gebieden, bijvoorbeeld bij griepvaccinatie, is nieuw onderzoek vaak het beginpunt van nieuwe discussies. De weging van evidence is complex en de conclusies zijn vaak niet eenduidig en per definitie subjectief. Dit pleit ervoor om hierover transparant en expliciet te zijn. Ook hier ligt nog ruimte voor verbetering.

Successen van preventie in de zorg
Hoe verhoudt het beeld dat op grond van de verdiepende hoofdstukken geschetst is zich tot de effecten van andere voorbeelden van preventie in de zorg die niet in dit rapport zijn beschreven? Voor een aantal preventieve interventies in de zorg is de effectiviteit in onderzoek met hoge bewijskracht overtuigend aangetoond. In het boek Successen van preventie (Mackenbach (eds), 2011) worden tweeëntwintig Nederlandse preventiemaatregelen beschreven, die zowel op basis van onderzoek als in de praktijk effectief zijn gebleken. Het gaat daarbij om effecten op incidentie van of sterfte aan de aandoening waar de preventieve interventie zich op richt, in de periode tussen 1970 en 2010. Ongeveer de helft van deze preventiesuccessen zijn vormen van preventie in de zorg. Denk bijvoorbeeld aan de hielprik, het rijksvaccinatieprogramma, preventie van tandbederf, preventieve medicatie bij hypertensie en hypercholesterolemie, bevolkingsonderzoek naar kanker, en de griepvaccinatie. Veel preventiesuccessen in de afgelopen veertig jaar maken gebruik van nieuwe medische technologie (screeningstesten, vaccins en medicatie). Juist bij preventie in de zorg speelt technologische innovatie een belangrijke rol. In totaal zouden deze preventieve maatregelen in Nederland ieder jaar 16.000 sterfgevallen voorkómen, waarvan tenminste 5.000 sterfgevallen zijn toe te wijzen aan preventie in de zorg.

Bijna niets bekend over effecten op participatie
We zouden in dit rapport ook kijken naar de effecten van preventie in de zorg op maatschappelijke participatie: arbeid, mantelzorg en vrijwilligerswerk. In alle zes de verdiepende studies hebben we gezocht naar onderzoek of aanwijzingen voor deze participatie-effecten. Het is opvallend dat participatie bijna nooit als uitkomstmaat meegenomen wordt in effectonderzoek. Onze conclusie is dus dat er zo goed als niets bekend is over de effecten van preventie in de zorg op participatie. Terwijl het wel aannemelijk is dat bijvoorbeeld succesvolle rookpreventie in de perinatale zorg niet alleen tot gezondheidswinst van het kind leidt, maar daarmee ook tot betere schoolprestaties. Zo zal effectieve depressiepreventie tot minder verzuim op het werk leiden en het opsporen en aanpakken van kwetsbaarheid tot meer sociale participatie. Nu participatie als een steeds belangrijker doel wordt gezien bij investeringen in preventie en zorg zal evaluatieonderzoek ook die effecten moeten meenemen. Hier ligt een aanbeveling voor onderzoekers en financiers van onderzoek.

3.2 Effecten op zorgkosten

Leidt preventie in de zorg tot een besparing op zorgkosten?
Een van de belangrijkste argumenten vóór meer preventie in de zorg is dat daarmee chronische ziekten kunnen worden voorkomen of uitgesteld en daarmee op termijn ook de zorgkosten. Om die reden kijken we in deze *paragraaf* naar de kosten van preventie in de zorg en naar de mogelijke besparingen op zorgkosten. Een belangrijke vraag daarbij is of preventie in de zorg is op te vatten als substitutie van zwaardere zorg of dat het erbovenop komt.

Onbekend hoeveel uitgegeven wordt aan preventie in de zorg
Er is geen compleet, actueel overzicht van uitgaven van preventie in de zorg in Nederland. Voor een aantal afzonderlijke onderdelen is wel bekend wat de kosten zijn. Zo kosten de bevolkingsonderzoeken naar borst- en baarmoederhalskanker en de pre- en neonatale screeningen bij elkaar ruim 100 miljoen euro per jaar en wordt aan de jeugdgezondheidszorg elk jaar ruim 430 miljoen uitgegeven. De griepvacci-

natie kost 57 miljoen per jaar en aan het rijksvaccinatieprogramma wordt meer dan 100 miljoen uitgegeven. Naast deze preventieprogramma's is er natuurlijk nog meer preventie in de zorg. Een totaalplaatje van de uitgaven aan preventie in de zorg is echter niet te geven. Om toch enig inzicht te geven in de grootteorde en trend van deze uitgaven, presenteren we hieronder de kosten die in de Zorgrekeningen van het CBS aan preventie worden toegerekend.

Een steeds kleiner deel van de zorguitgaven gaat naar preventie
In 2011 werd 2,6 miljard euro uitgegeven aan preventie binnen de Zorgrekeningen. In de Zorgrekeningen van het CBS wordt een brede definitie van zorg gehanteerd, waartoe ook belangrijke delen van preventie worden gerekend. In de Zorgrekeningen bestaat de sector openbare gezondheidszorg en preventie onder andere uit de kosten van GGD-en, bevolkingsonderzoeken en preventieve tandartscontroles. In totaal bedroegen de zorguitgaven dat jaar volgens de Zorgrekeningen bijna 90 miljard. Dit betekent dat 2,9 procent van de zorguitgaven naar preventie gaat. De afgelopen jaren groeide het totaal aan zorguitgaven veel harder dan het preventiedeel. Dit betekent dat het percentage van de zorguitgaven dat naar preventie gaat de afgelopen jaren steeds iets is afgenomen. Werd in 2011 zoals gezegd 2,6 procent van de zorguitgaven aan preventie besteed, in 2005 was dat nog 3,3 procent. Overigens wijkt de definitie van preventie in de Zorgrekeningen sterk af van onze focus in dit rapport.

Kosten van preventie door de huisarts
In de studie Kosten van preventie die in 2010 werd gepubliceerd, werd in een pilotonderzoek ook in kaart gebracht hoeveel tijd en dus geld er in de huisartsenzorg wordt besteed aan preventie (Post et al., 2010). Dit werd voor drie preventieposten gedaan: valpreventie, preventie van hart- en vaatziekten en depressiepreventie. Het bleek dat in 2007 in totaal ruim 52 miljoen euro is uitgegeven in huisartspraktijken aan deze preventieve activiteiten. Het meeste geld werd uitgegeven aan preventie van hart- en vaatziekten (37,4 miljoen euro), gevolgd door depressie (11,6 miljoen euro) en valpreventie (3,6 miljoen euro). In 2007 waren de totale uitgaven aan de huisartsenzorg volgens de Zorgrekeningen 2,4 miljard euro. Aan de onderzochte preventieve activiteiten in huisartspraktijken werd dus maar een klein deel van de totale uitgaven in de huisartsenzorg besteed. Hierbij dient in het achterhoofd te worden gehouden dat de pilot zich richtte op een beperkt aantal aandoeningen en activiteiten.

Steeds meer kosteneffectiviteitsonderzoek; vaak gunstige resultaten
Er worden steeds meer kosteneffectiviteitsanalyses gepubliceerd. Dit geldt voor preventie in het algemeen, maar ook voor preventie in de zorg (Van den Berg et al., 2012). In de verschillende verdiepende studies zien we dat kosteneffectiviteitsstudies gunstige resultaten laten zien. Dit geldt bijvoorbeeld voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker (ongeveer 6.000 euro per QALY), ondersteuning bij het stoppen met roken (ongeveer 5.000 euro per QALY) en geïndiceerde preventie van depressie.

Kosteneffectiviteit steeds belangrijker bij beleidsbeslissingen
Kosteneffectiviteit lijkt een steeds grotere rol te krijgen bij beslissingen over vergoeding of invoering van behandelingen of preventieprogramma's. Voor de programmatische preventie, zoals vaccinatie en screeningen, is een gunstige verhouding tussen kosten en gezondheidswinst zelfs een noodzakelijke voorwaarde voor invoering van nieuwe interventies. Ook bij richtlijnen lijken de uitkomsten van kosteneffectiviteitsanalyses steeds vaker een rol te spelen in de onderbouwing om bepaalde interventies wel of niet op te nemen (Regieraad, 2011). Bij niet-programmatische vormen van preventie in zorg wordt de

kosteneffectiviteitsafweging echter niet zo consequent gehanteerd als bij de preventieprogramma's.

Complexe afweging door methodologische keuzes en aannames over effectiviteit
Het meewegen van kosteneffectiviteitsinformatie bij beslissingen in preventie en zorg is complex. De hoogte van een kosteneffectiviteitsratio kan sterk afhankelijk zijn van allerlei onderliggende aannames en keuzes in de analysemethode. In een modelleringstudie naar de kosteneffectiviteit van een preventieve interventie wordt een wereld mét interventie vergeleken met een wereld zónder interventie. In een dergelijk model moeten de waarden voor een groot aantal variabelen ingevuld worden, zoals doelgroep, bereik, effectiviteit en effectbehoud. Veel van deze waarden blijken vaak niet precies bekend; zeker als het om nog niet ingevoerde interventies gaat. Het is dan onvermijdelijk om aannames te doen. Die zijn vaak allesbepalend voor de uitkomst van de kosteneffectiviteitsanalyse, maar worden in de praktijk niet altijd onderbouwd met overtuigend bewijs en er is veel variatie tussen studies. Voorzichtigheid bij de interpretatie van uitkomsten van kosteneffectiviteitsonderzoek is daarom geboden, vooral wanneer gebruik is gemaakt van modelberekeningen (Van den Berg et al., 2012).

Veel kosteneffectiviteitsmodellen gaan uit van levenslange effecten
Bij ziektepreventie en gezondheidsbevordering treedt gezondheidswinst vaak pas op langere termijn op. Er zijn echter meestal alleen effectevaluaties beschikbaar met een relatief korte follow-up duur. Voor het schatten van het effect op de lange termijn moeten dus aannames worden gedaan. Het is echter lang niet altijd duidelijk waar deze aannames op gebaseerd zijn en hoe reëel ze zijn. Dit bleek bijvoorbeeld in een modelstudie naar de kosteneffectiviteit van screening en behandeling van hoge bloeddruk bij adolescenten. Hierin werd aangenomen dat het effect van de bloeddrukbehandeling jaarlijks met vijf procent afnam (Wang et al., 2011). Deze aanname werd echter niet met onderzoek onderbouwd. Het basisscenario resulteerde in een ratio van ruim 60.000 euro per QALY. Uit een sensitiviteitsanalyse blijkt dat als het afnamepercentage enkele procenten lager zou zijn gekozen, de ratio veel gunstiger zou worden. Zou het percentage enkele procenten hoger zijn gekozen, dan zou de kosteneffectiviteitsratio enorm stijgen.

Ook aanname over deelnamebereidheid van invloed op uitkomst
Een ander aandachtspunt is het bereik van of de deelnamebereidheid aan een preventieve interventie. Hoeveel mensen gaan deelnemen aan een nieuw preventieprogramma is vaak niet precies bekend. In een modelstudie waarin de verhouding tussen kosten en effecten van een dergelijk programma geschat wordt, moet daarvoor dus een aanname worden gedaan. De hoogte van de kosteneffectiviteitsratio is vaak sterk afhankelijk van deze aanname. Zo werd er in een modelstudie waarin de kosteneffectiviteit van screening op prediabetes werd berekend van uitgegaan dat 15 tot 60 procent van de doelgroep deel zou nemen aan de screening en bereid zou zijn een orale glucosetolerantietest te ondergaan (Icks et al., 2007). De kosteneffectiviteitsratio kwam bij 60 procent deelname op ruim 4.000 euro per voorkómen geval van diabetes mellitus type 2. Bij ongunstiger aannames over deelname werd de kosteneffectiviteitsratio een stuk hoger. Zo was de geschatte kosteneffectiviteitsratio bij 15 procent deelname anderhalf keer zo hoog.

In het maatschappelijk perspectief worden ook participatie-effecten meegenomen
De keuze welke kosten in een kosteneffectiviteitsanalyse worden meegenomen, en welke niet, is ook een belangrijke bron van variatie. In de gezondheidseconomie wordt dit ook wel het 'perspectief' van de studie genoemd. Als alleen de zorgkosten worden meegenomen, dan spreekt men van het gezondheids-

zorgperspectief. Wanneer daarnaast ook niet-medische kosten worden meegenomen, zoals kosten door ziekteverzuim, noemen we dit het maatschappelijk perspectief. Het gekozen perspectief bepaalt welke kosten en baten in de teller van de kosteneffectiviteitsratio staan en is dus direct van invloed op de hoogte van deze ratio. In een kosteneffectiviteitsanalyse van opportunistische screening in de huisartsenpraktijk naar mensen met depressieve klachten en behandeling met psychotherapie werden beide perspectieven gehanteerd. Vanuit gezondheidszorgperspectief kostte screening en preventieve behandeling 4.000 euro per gewonnen QALY. Wanneer ook maatschappelijke kosten meegenomen worden, werd de interventie kostenbesparend: de gezondheidswinst gaat gepaard met kostenbesparingen. Deze kostenbesparingen worden veroorzaakt doordat het voorkómen van een depressieve episode leidt tot minder ziekteverzuim (Van den Berg et al., 2008). Participatie is echter veel breder dan alleen arbeidsparticipatie. Denk bijvoorbeeld aan het verlenen van mantelzorg of vrijwilligerswerk.

Nauwelijks informatie over eventuele substitutie-effecten van preventie in de zorg
Naast effectiviteit en kosteneffectiviteit is een belangrijke vraag in dit rapport wat de effecten zijn van preventie in de zorg op toekomstige zorgkosten. Het valt op dat in de verdiepende studies nauwelijks informatie hierover gevonden is. Bovendien is de informatie soms tegenstrijdig. E-health lijkt op grond van modelberekeningen wel tot kostenbesparingen te leiden, althans uitgaande van gelijkblijvende effectiviteit. Uit de kosteneffectiviteitsliteratuur kan wel worden afgeleid dat preventie in de zorg vaak wel kosteneffectief is, maar meestal niet tot kostenbesparingen leidt. Zorgverleners geven aan dat de leefstijlinterventies die zij aanbieden vaak intensivering van zorg betekent: ‘Er gaan geen reguliere consulten af, maar er komt zorg bij’ (Van de Glind et al., 2013).

Kostenconsequenties belangrijk voor zorgverzekeraars
Naast aangetoonde effectiviteit is het voor zorgverzekeraars van belang dat een gezonde leefstijl zich vertaalt in minder zorggebruik. Dit bleek uit interviews die IQ Healthcare met zorgverzekeraars hield (Van de Glind et al., 2013). Afwegingen van zorgverzekeraars om wel of niet te investeren in preventie hebben te maken met wie de vruchten van een investering plukt; de tijdshorizon waarin eventuele baten geïncasseerd worden; de invloed van de investering op de premiehoogte; mogelijke strategische voordelen qua marktaandeel en de mate waarin een innovatie als proeftuin uitgetest kan worden.

Onderzoek naar kosten en baten van preventie in de zorg gewenst
In dit *hoofdstuk* constateerden we dat monitoring van de uitgaven aan preventie in de zorg fragmentarisch is. Er is geen compleet beeld van het totaalbedrag dat in Nederland binnen de zorg aan preventie wordt uitgegeven. Het verdient de aanbeveling om dit beter in beeld te krijgen. Dit geldt ook voor de kostenconsequenties van preventie in de zorg. Zowel binnen de zorg als daarbuiten zijn financiële effecten van preventie in de zorg. Deze zijn echter grotendeels onbekend. Er is meer onderzoek nodig waarin de (intersectorale) baten van preventie in de zorg in kaart worden gebracht, en afgezet worden tegen de investeringen die ermee gemoeid zijn. Dit wordt nader uitgewerkt in het themarapport over maatschappelijke kosten en baten.

A4 Succesfactoren bij preventie in de zorg

Wat zijn de randvoorwaarden en succesfactoren voor preventie in de zorg? Wat kunnen we hierover leren uit de zes verdiepende studies en uit andere rapporten over preventie in de zorg (Koopmans et al., 2012; IGZ, 2012; Hamberg et al., 2013; Wyers et al., 2012; Crutzen et al., 2013; Van de Glind et al., 2013)? Daarover gaat dit *hoofdstuk*. We volgen hierbij het raamwerk van het RE-AIM-model, dat is ontwikkeld om public health-maatregelen te evalueren (Glasgow et al., 1999). We kozen het RE-AIM-model omdat dit model niet alleen het succes van interventies afmeet aan effectiviteit, maar ook de aspecten meeneemt die van belang zijn voor de vertaling van effecten uit onderzoek naar de impact in de praktijk. We besteden in dit *hoofdstuk* geen aparte *paragraaf* aan faalfactoren; het ontbreken van een succesfactor kan worden opgevat als een faalfactor. Dit geldt voor alle elementen van het RE-AIM-model. Kanttekening is dat de succesfactoren gebaseerd zijn op een beperkt aantal bronnen.

RE-AIM-model als kapstok voor wat werkt
Er zijn veel factoren die samen bepalen of een interventie een bijdrage levert aan de volksgezondheid. Het Reach Efficacy Adoption Implementation Maintenance-model (RE-AIM) is een handige manier om deze factoren te ordenen. Dit RE-AIM-model is door Amerikaanse onderzoekers ontwikkeld en bestaat uit vijf onderdelen: bereik, effectiviteit, adoptie, implementatie en continuering (Glasgow et al., 1999). Samen bepalen ze het uiteindelijke succes. Zie *tabel 1* voor een korte toelichting per onderdeel. Op basis van voorbeelden uit de verdiepende studies beschrijven we in dit *hoofdstuk* voor elk van de RE-AIM-onderdelen de belangrijkste succesfactoren voor preventie in zorg. *Paragraaf 4.1* gaat over bereik en effectiviteit (RE) en *paragraaf 4.2* over adoptie, implementatie en continuering (AIM). Aan het einde van beide *paragrafen* zetten we de succesfactoren nog eens op een rijtje.

Tabel A4.1: RE-AIM-model (Bron: Brug et al., 2007).

Reach	Bereik	Het aantal mensen dat deelneemt aan een interventie of programma
Efficacy	Effectiviteit	De effecten van een interventie op basis van gecontroleerd effectonderzoek
Adoption	Adoptie	De bereidheid van zorgverleners of instellingen om een interventie uit te voeren
Implementation	Uitvoering	De mate waarin een interventie in de praktijk uitgevoerd wordt zoals bedoeld
Maintenance	Continuering	De institutionalisering van een interventie, vastgelegd in procedures en standaarden

4.1 Succesfactoren voor bereik en effectiviteit

In deze *paragraaf* bespreken we de succesfactoren voor bereik en effectiviteit van preventie in de zorg: het RE-deel in het RE-AIM-model (Glasgow et al., 1999). Bereik (Reach) is daarin vooral een maat op individueel niveau: het aantal deelnemers aan een interventie. Het gaat daarbij niet alleen om de opkomst bij de screening, het bezoek aan een huisarts of een website, maar om te gaan deelnemen aan de aangeboden interventies. Het afmaken van de interventie en het vasthouden van de effecten valt in het model overigens niet onder bereik, maar onder continuering. Om effect te kunnen genereren op bevolkingsniveau moet allereerst de doelgroep voor de interventie voldoende worden bereikt. Het gaat vooral om het bereik in de hoogrisicogroepen en niet zozeer om de ‘worried well’. Bij de effectiviteit (efficacy) gaat het om een in onderzoek aangetoonde positieve balans tussen positieve en negatieve effecten (Glasgow et al., 1999). Op grond van de verdiepende studies formuleren we hieronder de succesfactoren voor bereik en effectiviteit.

4.1.1 Succesfactoren voor bereik

Kosteloze deelname aan opsporing en interventies
Een belangrijke eerste voorwaarde voor het bereik is dat de interventie de deelnemer geen geld kost. Alle preventieve interventies met een hoog bereik (screeningen, vaccinaties) worden gratis aangeboden. Wanneer preventieve interventies worden vergoed, denk aan begeleiding bij stoppen met roken, dan neemt onmiddellijk het bereik toe, juist ook onder mensen met een lage sociaaleconomische status. In 2011 kwam gecombineerde stopondersteuning in het basispakket. Dit leidde tot een vertienvoudiging van de telefonische counseling (van ongeveer twintig per week naar ruim tweehonderd per week) (Willemsen et al., 2013). Toen de stopondersteuning in 2012 weer uit het pakket ging, keerde het bereik weer terug naar onder het oude niveau. In 2013 is de gecombineerde ondersteuning bij het stoppen met roken weer opgenomen in het basispakket. Deze succesfactor was ook de reden dat VWS een subsidie gaf voor het kosteloos houden van anonieme GGZ-preventie via internet. In het voorjaar van 2013 is deze subsidie met onbepaalde tijd verlengd.

Huisarts als spin in het web
Zoals bleek in *hoofdstuk* A2 is de deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker hoger wanneer de huisarts de uitnodiging persoonlijk verstuurt. Het NIVEL concludeerde vorig jaar dat dit ook geldt voor het bereik van andere preventieve programma’s (Koopmans et al., 2012). Daarmee komen

we op een tweede succesfactor voor een hoog bereik: de huisarts. Het grootste deel van alle Nederlanders ziet jaarlijks de huisarts. De huisarts wordt gezien als een betrouwbare bron. En de meeste huisartsen zien zelf ook een taak weggelegd als het gaat om preventie in de zorg. Probleem is hier vooral de beperkte tijd van de huisarts. Oplossingen daarvoor worden wel gezocht in delegeren binnen de eerstelijnspraktijk, denk aan de assistente, de POH, de POH GGZ, eerstelijnspsycholoog, diëtist, fysiotherapeut of de thuiszorg (wijkverpleegkundige).

Andere zorgverleners voor specifieke doelgroepen

Hoewel de huisarts dus voor veel preventie in de zorg de aangewezen persoon is, zijn er daarnaast specifieke doelgroepen die door andere hulpverleners nog beter kunnen worden bereikt (Glasgow et al., 1999). Dit geldt bijvoorbeeld voor rokende zwangeren (verloskundige), verzuimende werknemers met psychische klachten (bedrijfsarts) of kwetsbare ouderen ('outreachende' wijkverpleegkundige).

Actieve opsporing in hoogrisicogroepen

Naast bereik van de doelgroep in het geheel gaat het bij bereik ook om de vraag of de mensen met het hoogste risico voldoende worden bereikt. Opvallend in de verdiepende studie over rookpreventie in de perinatale zorg is dat juist risicogroepen waarin vaker wordt gerookt, vaker laat voor het eerste consult bij de verloskundige komen. Dan is een groot deel van de schade bij de foetus door het roken van de moeder al aangebracht. Om het stoppen met roken in de perinatale zorg op bevolkingsniveau effectiever te maken, zou extra moeten worden ingezet op het bereik van deze risicogroep, misschien zelfs middels preconceptiezorg. In enkele andere verdiepende studies zijn voorbeelden te vinden van interventies waarin sprake is van actieve opsporing in moeilijk bereikbare risicogroepen. Een mooi voorbeeld is de 'outreachende' wijkverpleegkundigen die specifieke groepen kwetsbare ouderen thuis opzoeken wanneer ze niet komen op de uitnodiging van de huisarts. Deze vorm van outreachende preventie in de zorg is mogelijk ook bruikbaar voor andere preventie-interventies waarin juist de mensen die het meest zouden kunnen profiteren van de interventie onvoldoende worden bereikt.

Online preventie

Een van de manieren om het bereik te verhogen is het aanbieden via internet. In de verdiepende studie over depressiepreventie bleek het bereik dankzij internet de laatste jaren verdubbeld. Een belangrijke voorwaarde voor het succes is de aansluiting tussen het internetaanbod en de gewone face-to-face zorg. In een kennissynthese over online preventie in opdracht van ZonMw worden drie technologische ontwikkelingen genoemd die de rol van online preventie de komende jaren zullen vergroten (Crutzen et al., 2013). Allereerst is dat de ontwikkeling van de sociale media. Daarmee kan een platform worden gecreëerd waarop gebruikers met elkaar kunnen gaan interacteren. Een tweede ontwikkeling is die van de mobiele technologie. Steeds meer e-health interventies zullen geschikt gemaakt worden voor de mobiele telefoon (m-health). Een derde ontwikkeling wordt 'gamification' genoemd. De mogelijkheid om in interventies elementen uit games mee te nemen zou het gebruik aantrekkelijker kunnen maken en daarmee het bereik hoger (Crutzen et al., 2013).

4.1.2 Succesfactoren voor effectiviteit in onderzoek

Om op bevolkingsniveau effecten te genereren is een groot bereik een belangrijke voorwaarde, maar het is geen voldoende voorwaarde. Een andere voorwaarde is de aangetoonde effectiviteit van de aangeboden behandeling. Op grond van de verdiepende studies formuleren we hieronder de succesfactoren voor effectiviteit.

Positieve balans tussen gewenste en ongewenste effecten
Elke interventie heeft meerdere effecten, gewenste en ongewenste. De gewenste effecten van bijvoorbeeld een screeningsprogramma zijn het verminderen van morbiditeit en mortaliteit door de ziekte waarop wordt gescreend. Mogelijke ongewenste effecten zijn foutpositieve en foutnegatieve testuitslagen. In het eerste geval worden mensen onterecht ongerust gemaakt door een positieve testuitslag, terwijl er geen sprake is van de aandoening waarop gescreend wordt. In het tweede geval kunnen mensen ten onrechte worden gerustgesteld door de screening, terwijl de aandoening er wel is. Ook overdiagnostiek en overbehandeling zijn mogelijke ongewenste effecten van screening. Overdiagnostiek is het diagnosticeren van een aandoening die niet tot klachten zou hebben geleid als deze niet was gevonden met de screening. Overdiagnostiek leidt vaak tot overbehandeling: iemand wordt geopereerd of krijgt medicatie toegediend om een aandoening te behandelen die niet tot klachten zal leiden. Het afwegen van deze gewenste en ongewenste effecten is niet altijd eenvoudig en leidt regelmatig tot discussie. We noemen een interventie effectief wanneer er een duidelijk positieve balans bestaat tussen gewenste en ongewenste effecten.

Verwetenschappelijking van preventie
Zoals beschreven in *hoofdstuk* 2 is van een deel van de preventieve interventies in de zorg de effectiviteit overtuigend aangetoond. En dan gaat het om gezondheidseffecten als gevolg van de interventie. In Mackenbach eds. (2011) wordt in dit verband gewezen op de verwetenschappelijking van preventie. Steeds vaker liggen wetenschappelijke bevindingen aan de basis van het succes. Het is tegenwoordig ondenkbaar dat een preventieve maatregel wordt ingevoerd zonder wetenschappelijke evaluatie vooraf. Voor het starten van sommige vormen van preventie is bewezen effectiviteit als voorwaarde zelfs wettelijk vastgelegd. Voor bevolkingsonderzoeken, waaronder de kankerscreeningen, geldt dat er een wettelijk beoordelingskader is (Wet op het bevolkingsonderzoek (WBO)) waarin is vastgelegd dat screeningen pas mogen worden uitgevoerd wanneer onomstotelijk vaststaat dat de positieve gezondheidseffecten opwegen tegen de negatieve. Een goede kennisinfrastructuur is daarmee een belangrijke voorwaarde voor succesvolle preventie.

Bewezen effectieve behandelingen als basis voor preventie
Veel effectieve vormen van preventie in de zorg zijn afgeleid van bewezen effectieve interventies voor de behandeling van ziekten. Daardoor kan bij het opzetten van de preventieve interventies gebruik worden gemaakt van de ervaringen en de kennis over de werkzaamheid en randvoorwaarden. Een mooi voorbeeld hiervan zijn de interventies ter preventie van depressie, gebaseerd op cognitieve gedragstherapie en probleemoplossende (‘problem solving’) therapie.

Vooral ziektepreventie geschikt voor onderzoek naar effectiviteit
Als we kijken naar de verschillende vormen van preventie, dan blijkt vooral voor ziektepreventie veel

bewijs voor de effectiviteit. Denk bijvoorbeeld aan e-mental health en medicijnen ter preventie van cardiometabole aandoeningen. Voor andere vormen van preventie, zoals gezondheidsbevordering en gezondheidsbescherming, is de evidence-base veel kleiner (Van den Berg et al., 2012). Dat is ook terug te zien in de I-database van CGL. De interventies die daarin als 'bewezen effectief' zijn opgenomen, zijn zonder uitzondering vormen van ziektepreventie. Dit wil niet zeggen dat andere vormen van preventie niet effectief zijn. Het is alleen nog niet aangetoond in onderzoek.

Veel praktijkinterventies mogelijk effectief, maar nog niet onderzocht
Van veel preventie in de zorg weten we niet goed of het werkt, omdat het nog niet systematisch is onderzocht. Een groot deel van preventie in de zorg gebeurt ad hoc; de huisarts vraagt dan bijvoorbeeld toevallig iets over roken. Dit deel van preventie in de zorg is lastig te onderzoeken. Dat pleit ervoor om onderzoek te doen naar 'gewone' dagelijkse voorbeelden in de spreekkamer. Daarbij zou ook gekeken moeten worden naar huisartsfactoren, communicatiestijlen of kenmerken van de relatie met de patiënt. Er zijn aanwijzingen dat dit soort factoren heel belangrijk kunnen zijn voor het effect.

Samenvatting
De belangrijkste succesfactoren voor bereik en effectiviteit zijn:
- gratis aanbod, van opsporing tot en met zorg;
- de huisarts als spin in het web;
- andere zorgverleners voor specifieke doelgroepen;
- extra inspanningen voor moeilijk bereikbare hoogrisicogroepen;
- aanbod via internet;
- positieve balans tussen gewenste en ongewenste effecten;
- kennisinfrastructuur;
- preventie gebaseerd op bewezen werkzame behandelingen;
- effectiviteit ook aangetoond in moeilijk bereikbare hoogrisicogroepen;
- ziektepreventie, omdat dit goed te onderzoeken is in een 'Randomized Controlled Trial' (RCT);
- ook aandacht voor andersoortige evaluatiemethoden naast RCT;
- ook aandacht voor effectieve communicatiestijlen en relatie arts/patiënt.

4.2 Succesfactoren voor adoptie, uitvoering en continuering

Deze *paragraaf* gaat over succesfactoren in het AIM-gedeelte van het RE-AIM-model (Glasgow et al., 1999. Bij adoptie (A) gaat het vooral om organisatorische aspecten rond het aanbod. Bij implementatie (I) gaat het niet alleen om de vraag of de interventie goed wordt uitgevoerd, maar ook om de bereidheid van deelnemers om mee te blijven doen. Bij continuering (M van maintenance) gaat het om institutionalisering van nieuwe interventies en het vasthouden van gedragsveranderingen (Glasgow et al., 1999).

4.2.1 Succesfactoren voor adoptie

Adoptie (A) is volgens Glasgow et al (1999) op te vatten als de bereidheid van zorgverleners of instellingen in diverse settings om een interventie uit te voeren. Op grond van de verdiepende studies formuleren we hieronder de succesfactoren voor adoptie.

Opsporing en interventie inpasbaar in de praktijk
De bereidheid van zorgverleners om preventieve activiteiten te ontplooien, hangt allereerst af van de vraag in hoeverre ze inpasbaar zijn in de dagelijkse routine. Dit is ook de reden dat voor bevolkingsonderzoeken vóór invoering een uitvoeringstoets wordt uitgevoerd. Veel leefstijlinterventies zijn niet goed genoeg ingebed in reguliere zorgprocessen (Van de Glind et al., 2013).

Aanwezige infrastructuur met meerdere samenwerkende partijen
Een succesfactor, zoals aanwezig in de vaccinaties en screeningen, is een uitgebreide infrastructuur, waarin voortdurend wordt gemonitord en geïnvesteerd. Voor alle vaccinaties en kankerscreeningen bestaat er een dergelijke uitgebreide infrastructuur. Dat is een belangrijke voorwaarde voor het enorme bereik in de hele keten. Het gaat hierbij ook om samenwerking tussen partijen in de zorg (Hamberg et al., 2013). De meeste huisartsen werken in een netwerk met andere zorgverleners in de buurt of de regio. Ze hebben vaak minder contacten met functionarissen in andere settings, denk aan school, werk en buurt. Bij gezondheidsbevordering in de zorg ontbreekt een infrastructuur voor regie en meer gecoördineerde implementatie (Van de Glind et al., 2013).

Financiële vergoeding voor aanbieden preventie in de zorg
De bereidheid van zorgverleners om preventie in de zorg aan te bieden, heeft ook een duidelijke financiële component. Uitvoerders moeten er een redelijke vergoeding voor ontvangen. De tijd die ze eraan besteden moet worden vergoed. Dit is structureel geregeld bij de screeningen en vaccinaties. De beperkte deelname aan het PreventieConsult heeft onder andere te maken met het feit dat de huisarts er op dit moment nog geen vergoeding voor krijgt. Het NIVEL concludeerde onlangs: 'Wil het stimuleren van meer bewegen en het doorverwijzen van mensen naar een beweegaanbod in de buurt structureel worden ingepast in de zorg, dan moet daar voor zorgverleners een financiële prikkel voor bestaan' (Leemrijse et al., 2013).

4.2.2 Succesfactoren voor implementatie

Bij implementatie (I) gaat het niet alleen om de vraag of de interventie wordt uitgevoerd zoals die ooit is bedoeld, maar ook op individueel niveau om de bereidheid van deelnemers om mee te blijven doen (dit wordt ook wel therapietrouw genoemd) (Glasgow et al., 1999). Op grond van de verdiepende studies formuleren we hieronder de succesfactoren voor implementatie.

Heldere aanbevelingen in zorgstandaarden en richtlijnen
De taakopvatting van huisartsen over preventie in de zorg verschilt per arts, zoals we zagen in *hoofdstuk A2*. Een manier om te zorgen dat zo veel mogelijk zorgverleners doen aan preventie in de zorg is om dat vast te leggen in standaarden en richtlijnen. Vervolgens moeten deze richtlijnen worden onderhouden en moet nieuw personeel worden opgeleid volgens deze richtlijnen. Zoals werd beschreven in *hoofdstuk A2* wordt preventie in veel NHG-zorgstandaarden wel genoemd, maar is de aanbeveling soms erg vrijblijvend geformuleerd. Om te zorgen dat meer zorgverleners preventie in de zorg aanbieden, zouden deze aanbevelingen minder vrijblijvend moeten worden geformuleerd en specifieker aan moeten geven wie welk preventieaanbod zou moeten ontvangen. Uiteraard hangt dit punt samen met de effectiviteit van de interventies; hoe zekerder het is dat de positieve effecten groter zijn dan de negatieve, des te minder ruimte er in de aanbeveling hoeft te zitten (Schoemaker et al., 2011).

Controle op implementatie en naleving van richtlijnen
Het opstellen van een richtlijn of zorgstandaard met heldere aanbevelingen voor preventie in de zorg is niet voldoende. Richtlijnen en zorgstandaarden moeten vervolgens worden geïmplementeerd in de praktijk. Hier ligt uiteraard ook een taak voor de makers ervan. Als een richtlijn eenmaal is geïmplementeerd, zou er gecontroleerd moeten worden in hoeverre zorgverleners zich aan de richtlijn houden en of patiënten volgens de aanbevelingen worden behandeld. Dit zou tot het kwaliteitsbeleid van instellingen en beroepsgroepen moeten behoren. De IGZ heeft vervolgens een rol in het toezicht hierop. In 2012 constateerde de IGZ bijvoorbeeld dat zorgverzekeraars soms maar een deel van de Zorgstandaard Diabetes contracteren en dat juist de preventieve activiteiten relatief vaak buiten de boot vallen (IGZ, 2012). Een heldere verdeling van verantwoordelijkheden en taken rondom naleving van richtlijnen en zorgstandaarden en de controle daarvan kan gezien worden als een succesfactor voor implementatie van preventie in de zorg. De naleving van richtlijnen is onderdeel van een breder kwaliteitsbeleid, waaronder ook nascholing en patiëntenvoorlichting vallen.

Zelf keuze kunnen maken uit breed aanbod
Bij bereik gaat het tot slot niet alleen om bereik in de eerste stap (deelname aan de vroegopsporing), maar vooral ook om deelname aan de vervolgstappen. Een succesfactor voor deelname is dat de preventieve interventies passen bij de waarden en de voorkeuren van de patiënt (Hamberg et al., 2013). Wanneer er een breed pakket aan effectieve interventies beschikbaar is, kunnen patiënten in overleg met de zorgverlener kiezen. Er is dan altijd wel een interventie die bij hen past. Samen praten over deze keuze, 'shared decision making', verhoogt waarschijnlijk therapietrouw en de bereidheid om de preventieve interventie uiteindelijk af te maken. Uiteraard moet dit brede pakket dan wel beschikbaar en bekend zijn en dat is nog lang niet op alle terreinen het geval. Het hebben van een sociale kaart, waarin het lokale aanbod inzichtelijk wordt, kan als succesfactor voor implementatie worden gezien.

4.2.3 Succesfactoren voor continuering

Bij continuering (M van maintenance) gaat het op organisatieniveau om institutionalisering van nieuwe interventies, en op individueel niveau om het vasthouden van gedragsveranderingen gedurende meerdere jaren (Glasgow et al., 1999). Op grond van de verdiepende studies en enkele andere rapporten formuleren we hieronder de succesfactoren voor continuering.

Standaard monitoren kwaliteit in de hele keten
Bij de bevolkingsonderzoeken wordt de gehele keten voortdurend gemonitord. Wat gebeurt er met de hoogscoorders, waar komen ze terecht, en hoe beïnvloedt dat hun gezondheid? Op grond van de uitkomsten van de monitoring en de nieuwste inzichten uit onderzoek worden de screeningen voortdurend aangepast. Net als bij de kankerscreeningen zou bij de JGZ-onderzoeken ook meer inzicht moeten komen in het hele stroomschema achter de screening. Dat overzicht ontbreekt op dit moment.

Structurele financiering
Belangrijk voor maintenance is structurele financiering, want deelname hangt op het gratis aanbieden en adoptie op een financiële vergoeding voor de uitvoerders. Veel van de nieuwe vormen van preventie worden in eerste instantie betaald vanuit projecten; deze financiering loopt op een gegeven moment af (Van de Glind et al., 2013). Om deze vormen van preventie te continueren, is structurele financiering

noodzakelijk (Hamberg et al., 2013). In een onderzoek naar de implementatie van de Zorgstandaard Diabetes concludeerde de IGZ dat preventie vaak niet wordt gecontracteerd en dat het aanbieden van preventie afhankelijk is van het al dan niet aanwezig zijn van financiering voor deze activiteiten (IGZ, 2012).

Vasthouden gedragseffecten op de langere termijn
Uit verschillende verdiepende studies blijkt dat, wanneer de interventie is gericht op gedragsverandering – denk aan meer bewegen, gezonder eten en stoppen met roken – de effecten over het algemeen beperkt zijn. Dat geldt met name voor het behoud van de effecten op de langere termijn (Crutzen et al., 2013). Het is lastig om gedragsverandering vast te houden; vooral bij een kortdurende interventie is de kans op terugval erg groot. Interventies gericht op gedragsverandering moeten daarom altijd langdurig worden aangeboden.

Ondersteunende omgeving
Vooral bij gedragsveranderingen geldt dat omgevingsfactoren een bepalende rol spelen in het vasthouden van gedragsverandering. Dan gaat het om de fysieke omgeving, denk aan het ontbreken van fietspaden of speelveldjes, maar ook om de sociale omgeving (de 'obesogene' omgeving). Vanuit de spreekkamer in de zorg is het lastig om invloed uit te oefenen op die omgeving. Dat pleit ervoor om vanuit de zorg actief samenwerking te zoeken met maatschappelijke partijen buiten de zorg, zoals lokale overheden, sportclubs, woningcorporaties of GGD-en (NHG, LHV, 2013). Op die manier kan de omgeving vanuit de zorg gezonder worden gemaakt. We komen hier nog op terug in *hoofdstuk A5*.

Samenvatting
De belangrijkste succesfactoren voor adoptie, implementatie en continuering zijn:
- opsporing en interventie inpasbaar in de praktijk;
- aanwezige infrastructuur met meerdere samenwerkende partijen;
- structurele vergoeding voor aanbieden preventie in de zorg;
- heldere aanbevelingen in zorgstandaarden en richtlijnen;
- controle op uitvoering richtlijnen;
- patiënt kan zelf kiezen uit breed aanbod;
- standaard monitoren kwaliteit in de hele keten;
- interventies gericht op gedragsverandering langdurig aanbieden;
- ondersteunende omgeving.

A5
Beschouwing

Welke preventie in welke zorg?
Bij het schrijven van dit rapport is ons duidelijk geworden dat vrijwel iedereen het erover eens is dat er meer moet worden gedaan aan preventie in de zorg. Ondertussen blijft het onduidelijk of ze het eigenlijk allemaal wel over hetzelfde hebben. Preventie in de zorg lijkt een aantrekkelijk containerbegrip waar iedereen iets van zijn gading in kan vinden. Rapporten en nota's over dit ene onderwerp kunnen bij nadere bestudering over totaal verschillende zaken gaan. Om misverstanden te voorkomen is het daarom goed om bij het gebruik van het begrip 'preventie in de zorg' altijd zeer expliciet te zijn over wat daar wel en niet mee wordt bedoeld.

Preventie in de zorg in dit rapport
In dit rapport verstaan we onder preventie in de zorg: preventieve activiteiten aangeboden of uitgevoerd door een zorgverlener, werkzaam in de gezondheidszorg. Het gaat dan vooral om ziektepreventie en gezondheidsbevordering. De doelgroep bestaat uit mensen met een verhoogd risico (selectieve preventie) of mensen met beginnende ziekte of een voorstadium (geïndiceerde preventie). De nadruk ligt in dit rapport op secundaire preventie, omdat preventie in de zorg vaak met vroegopsporing begint. Tertiaire of zorggerelateerde preventie valt buiten de focus van dit rapport, net als activiteiten ter verbetering van de kwaliteit of de veiligheid van zorg.

Beperkingen van dit rapport
Als gevolg van deze gekozen focus is er in dit rapport vooral aandacht voor de eerste lijn. Preventie in de tweede lijn en in de 'care' blijven vrijwel buiten beeld. Dat is daarmee de eerste beperking van dit rapport, en daarmee van deze beschouwing. Een tweede beperking is dat we binnen dit project slechts een klein aantal verdiepende studies deden. Uiteraard realiseren we ons dat het niet mogelijk is om daarmee een compleet beeld te geven. Daarom keken we ook naar andere, aanvullende bronnen. Tot slot is het goed om te benadrukken dat we in dit rapport niet keken naar preventie buiten de zorg, zoals

het rookverbod in de horeca of het verhogen van de alcoholaccijnzen. Het is zeker niet uit te sluiten dat sommige van de maatregelen buiten de zorg effectiever zijn dan de hier beschreven maatregelen binnen de zorg.

Vier beleidsthema's

In deze beschouwing komen we terug op de belangrijkste vier beleidsthema's zoals beschreven aan het einde van *paragraaf A1.2* over de beleidscontext van preventie in de zorg: de stijging van het aantal chronisch zieken, de houdbaarheid van de zorgkosten, de aansluiting tussen zorg en andere maatschappelijke sectoren en de rol van de patiënt. Op grond van de ontwikkelingen in het verleden en het heden rond deze thema's trekken we voor zover mogelijk voorzichtig enkele lijnen door naar de toekomst. Daarmee komen vanzelf ook enkele dilemma's tussen de beleidsthema's in beeld.

Thema 1: stijging aantal mensen met een of meer chronische ziekten

Het lijkt onvermijdelijk dat het aantal chronisch zieken de komende jaren zal stijgen. Gedeeltelijk is dat het gevolg van demografische ontwikkelingen: de vergrijzing. Daarnaast is er voor wat betreft de welvaartsziekten sprake van ongezond gedrag in het verleden dat in de toekomst leidt tot ziekte (denk aan roken of overgewicht). Preventie in de zorg wordt in veel nota's en rapporten vooral gezien als een mogelijke oplossing voor de stijging van het aantal chronisch zieken, uiteraard naast andere oplossingen.

Technologische ontwikkelingen leiden tot 'personalized prevention'

Medische en technologische ontwikkelingen vormden een belangrijke drijvende kracht achter de vooruitgang in preventie in de zorg van de afgelopen decennia (Mackenbach (eds), 2011). Deze trend zal zich de komende decennia waarschijnlijk ook voortzetten. Naar ons idee zal dat leiden tot een ontwikkeling richting 'personalized prevention': ziekten en risico's zullen veel preciezer kunnen worden vastgesteld en het preventieaanbod wordt daarop afgestemd (De Bakker et al., 2012). Dat kan bijvoorbeeld betekenen dat sommige mensen op grond van een persoonlijk (genetisch) risicoprofiel vaker een uitnodiging zullen krijgen voor een screening dan anderen. Voor wat betreft preventieve medicatie, denk aan statines of bloeddrukverlagers, zal van tevoren kunnen worden ingeschat welke chemische samenstelling bij wie het beste zal werken. Daarnaast verwachten we dat ICT-innovaties het face-to-face contact tussen hulpverlener en patiënt zullen verrijken.

Veranderende rol van de zorgverlener

De beweging naar meer preventie in de zorg vraagt ook een andere taakopvatting van hulpverleners. Ze wachten niet reactief tot de patiënt bij hen komt, maar gaan proactief op zoek naar mogelijkheden om de gezondheid van hun patiënten preventief te verbeteren. Zoals in *hoofdstuk A2* werd beschreven, zien veel hulpverleners een dergelijke taak voor zichzelf weggelegd en ook de verenigde zorgpartijen geven in hun Agenda voor de Zorg aan die richting op te willen. Maar in de praktijk wordt die taak nog niet uitgebreid opgepakt. Het is maar zeer de vraag of alleen het implementeren van richtlijnen dat gaat veranderen. Dit zou moeten worden ondersteund door extra aandacht voor preventie in de opleiding, waarbij toekomstige artsen ook gespreksvaardigheden, zoals 'motivational interviewing', aanleren.

Paradox: meer preventie in de zorg zal leiden tot meer chronisch zieken

Een belangrijk doel van preventie in de zorg is zoals gezegd het voorkomen van chronische ziekten. Aangezien de nadruk in preventie in de zorg in de praktijk vooral ligt op vroegopsporing, leidt het in de

gezondheidsstatistieken tot meer mensen met een gediagnosticeerde chronische ziekte. Immers, mensen met een niet-herkende chronische ziekte worden dan wel herkend. Wat verder gebeurt, is dat door de nadruk op vroegherkenning steeds meer mensen met een voorstadium van een ziekte (zoals prediabetes) in de zorg zullen worden behandeld als mensen met een ziekte (zoals diabetes). Voorstadia van ziekten zullen in onderzoek en richtlijnen worden geherdefinieerd als ziekten. Deze paradox laat onverlet dat vroegherkenning leidt tot positieve gezondheidseffecten, in het geval dat een interventie eerder in het ziekteproces effectiever en minder ingrijpend is dan een behandeling later in het ziekteproces.

Thema 2: houdbaarheid van de zorgkosten

De zorgkosten zijn de afgelopen decennia gestegen. Er komt steeds meer discussie over de vraag of dat op deze wijze wel kan doorgaan. Algemeen wordt aangenomen dat, wanneer de stijging op deze voet doorgaat, de zorgkosten op termijn niet meer houdbaar zullen zijn. Preventie in de zorg wordt in deze discussie ook genoemd als een van de mogelijke oplossingen. Dankzij goedkope preventieve interventies zou op termijn dure ingrijpende zorg worden voorkomen. Dit wordt ook wel substitutie genoemd. Dat is het tweede beleidsthema in deze beschouwing. Substitutie en preventie vormen ook een belangrijk uitgangspunt van het nieuwe bekostigingssysteem dat onderdeel is van het zorgakkoord van juli 2013 (VWS, 2013c).

Kosten preventie en zorg zijn lastig te scheiden

In dit rapport bleek het zeer lastig om binnen de zorgkosten aan te geven welk deel wordt besteed aan preventie in de zorg. Zo valt een groot deel van wat huisartsen aan preventie doen niet in de CBS-definitie. We verwachten dat dit onderscheid in de toekomst nog lastiger zal worden, bijvoorbeeld omdat zeer veel van de interventies zullen worden betaald in het kader van een brede eerstelijnszorg. Bij populatiegebonden bekostiging en beloning naar gezondheidsuitkomsten, twee van de uitgangspunten van het nieuwe bekostigingssysteem voor de eerste lijn dat in januari 2015 moet ingaan, zal het onderscheid helemaal kunnen verdwijnen uit de registraties.

Randvoorwaarden noodzakelijk voor optreden van substitutie

De hierboven beschreven ontwikkeling naar meer en betere vroegopsporing door veranderende techniek en taakopvatting zal in eerste instantie leiden tot meer zorgkosten. Immers, meer mensen zullen preventieve zorg gaan ontvangen. Dat het op termijn ook leidt tot besparingen op de zwaardere zorg wordt wel aangenomen, maar keihard bewijs bestaat daar (nog) niet voor. Er zijn enkele voorbeelden uit het verleden bekend waar dat niet zo heeft gewerkt. Zo is de afgelopen decennia als gevolg van de preventieve tandzorg het aantal gaatjes verminderd, maar de kosten van tandzorg stegen alleen maar. Ook de verplaatsing van de diabeteszorg van het ziekenhuis naar de eerste lijn heeft niet tot aantoonbare kostenbeperkingen geleid. Volgens velen hangt dit samen met de wijze waarop de tweedelijnszorg wordt gefinancierd, met een beloning per verrichting. Zolang er dergelijke ‘perverse prikkels’ bestaan, zal meer preventie in de zorg niet automatisch leiden tot een beperking van de zorgkosten. Er lopen op dit moment enkele experimenten met andere vormen van bekostiging, zoals populatiebekostiging, waarbij ook de ziekenhuiszorg betrokken is en waarin dit probleem mogelijk zal kunnen worden opgelost.

Ook aandacht voor maatschappelijke baten

Economische discussies over de zorg worden vaak versmald tot de collectieve zorgkosten. Naast de besparing op de zorgkosten zijn er ook andere maatschappelijke baten van preventie in de zorg. Dan gaat het in eerste instantie vooral om verbeterde arbeidsparticipatie. Dankzij preventie in de zorg zou het verzuim kunnen worden verminderd en kan langdurige arbeidsongeschiktheid worden voorkomen. Bij die maatschappelijke baten gaat het ook om andere vormen van participatie, zoals het kunnen bieden van mantelzorg of het doen van vrijwilligerswerk. We verwachten dat dergelijke economische baten van preventie in de zorg een steeds belangrijkere rol in de economische discussies zullen krijgen.

Thema 3: aanpassen aan nieuwe rol patiënt

Het derde beleidsthema is de veranderende rol van de burger/patiënt. Hierbij gaat het over de eigen verantwoordelijkheid voor gezondheid. Dat betekent onder meer dat mensen zelf een geïnformeerde keuze mogen maken. Bij het aanbieden van preventie in de zorg zal men nog veel meer dan nu rekening moeten houden met de voorkeuren van de mensen om wie het gaat: de patiënten. Wat betekent dat voor het bereik, het effect en het aanbod?

Gaat het bereik en het effect omlaag door eigen keuzes burger?

De meeste vormen van preventie in de zorg worden vrijblijvend aangeboden. Patiënten beslissen zelf of ze er gebruik van maken en vervolgens of ze de aangeboden gedragsverandering accepteren en vasthouden. Opvallend in de verdiepende studies is dat veel mensen met een verhoogd risico besluiten niet mee te doen of uitvallen tijdens het programma. Daardoor is het effect op bevolkingsniveau van veel preventieprogramma's in de zorg suboptimaal (Koopmans et al., 2012). Een meer directieve, sturende wijze van aanbieden zou het bereik en het effect mogelijk vergroten. Maar het is de vraag of daar draagvlak voor is, omdat het haaks staat op een maatschappelijke ontwikkeling naar meer eigen verantwoordelijkheid voor burgers en patiënten.

Nieuwe rol patiënt ook als succesfactor van preventie in de zorg

Een andere manier om in te spelen op deze maatschappelijke ontwikkeling is door niet het aanbod, maar de wensen/verwachtingen van de patiënt als startpunt te nemen. In een gesprek kan vervolgens ook duidelijk worden welke persoonlijke en omgevingsfactoren het slagen van gedragsveranderingen in de weg staan. Samen met de patiënt kan vervolgens worden nagedacht over haalbare doelen en manieren om die doelen te bereiken. Vervolgens wordt dan niet een kant-en-klare interventie uit de kast getrokken, maar creëren hulpverlener en patiënt samen een interventie op maat. Of dit inderdaad tot betere gezondheidseffecten leidt, zou moeten worden onderzocht. Daarbij zou ook moeten worden gekeken naar de effecten van een dergelijke aanpak op zelfredzaamheid en het gevoel van eigenwaarde van patiënten.

Thema 4: verbinding leggen tussen zorg en andere sectoren

Er lijkt een ontwikkeling gaande naar een integratie van de preventie in de zorg met wijkgerichte preventieve interventies, waarin de eerste lijn vooral een belangrijke signalerende en verwijzende rol vervult. Dit past ook in de toekomstvisie voor de huisartsenzorg en in de ambities uit de Agenda voor de Zorg. Het gaat momenteel nog om experimenten (IGZ, 2012). Als deze ontwikkeling zich doorzet, zal de eerste lijn zich daarin ontwikkelen tot brede buurtzorg, met verbindingen met sectoren buiten de zorg. Denk aan gemeenten, verzekeraars, GGD-en en sportclubs (Leemrijse et al., 2013).

Medische of maatschappelijke risicogroepen?
In discussies over preventie in de zorg gaat het altijd ook over mensen met een verhoogd risico. De aard van dit risico verschilt sterk per rapport of nota. Grofweg zijn er twee benaderingen te onderscheiden: de medische en de maatschappelijke benadering. De medische benadering kwam hierboven al aan de orde; daarbij gaat het vooral om individuele genetische en lichamelijke kenmerken die samenhangen met een statistisch verhoogde kans op ziekte. In de maatschappelijke benadering gaat het vooral om bevolkingsgroepen. In deze benadering kunnen bewoners in bepaalde wijken, zonder werk, met een lage opleiding of taalachterstanden, een verhoogd risico hebben. De ontwikkeling van de zorg richting buurt en wijk zal een brug moeten slaan tussen deze beide benaderingen.

Niet alleen gezondheid als doel
In de samenwerking met andere sectoren zal het voorkómen van ziekte alleen onvoldoende houvast bieden. Bij de verdere ontwikkeling van deze wijkgerichte zorg zal naar verwachting het gezondheidsdoel van preventie in de zorg worden verbreed. In die andere sectoren gaat het immers over heel andere doelen, zoals functioneren, arbeidsparticipatie, sociale cohesie, sportdeelname, welzijn, vrijwilligerswerk of mantelzorg. Dat vraagt om een enorme cultuuromslag voor veel zorgverleners (Leemrijse et al., 2013).

Vier beleidsthema's: kansen en dilemma's
Hierboven schetsten we de mogelijke ontwikkeling van preventie in de zorg vanuit vier verschillende beleidsthema's: de stijging van het aantal chronisch zieken, de houdbaarheid van de zorgkosten, de aansluiting tussen zorg en andere maatschappelijke sectoren en de rol van de patiënt. De geschetste ontwikkelingen staan niet los van elkaar. Sommige ontwikkelingen versterken elkaar, andere lijken met elkaar in tegenspraak. Dit themarapport is niet de aangewezen plek om deze verschillen en overeenkomsten nader te analyseren. Dergelijke verkenningen van de toekomst zullen wel worden beschreven in het eindproduct van de VTV-2014.

Literatuur Deel A

Bakker DJ de, Post D, Polder JJ, Verkerk MJ. Een vitale toekomst. Hoofdstuk 8, Preventie. Reed Business Education. ISBN 978903523439, 2012.

Berg M van den, Baal PHM van, Wit A de, Schuit AJ. Kosteneffectiviteit van preventie. Literatuursignalering en modellering. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 270091007, 2008.

Berg M van den. Geïnformeerd beslissen over screening. Een inventarisatie van onderzoeken naar geïnformeerde keuze over deelname aan bevolkingsonderzoeken. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010.

Berg M van den, Hamberg-van Reenen HH, Schoemaker CG. Kosteneffectiviteit: euro's per QALY is niet genoeg. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2012;156:A3817.

Binsbergen JJ van, Langens FNM, Dapper ALM, Halteren MM van, Glijsteen R, Cleyndert GA, Mekenkamp-Oei SN, Avendonk MJP van. NHG-Standaard Obesitas. Huisarts en Wetenschap, 2010;11:609-625.

Chavannes NH, Kaper J, Frijling BD, Van der Laan JR, Jansen PWM, Guerrouj S, Drenthen AJM, Bax W, Wind LA. NHG-Standaard Stoppen met roken. Huisarts en Wetenschap, 2007;7:306-314.

Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Zorgstandaarden in model. Rapport over het model voor zorgstandaarden bij chronische ziekten. Den Haag, 2010.

Coördinatieplatform Zorgstandaarden. Zorgstandaarden in Nederland: 'de balans opgemaakt'. Den Haag: 2012.

Crutzen R, Kohl L, Vries NK de. Kennissynthese online preventie (in opdracht van ZonMw). Maastricht: Universiteit Maastricht, 2013.

CVZ. Van preventie verzekerd. Diemen: College voor Zorgverzekeringen, 2007.

Dekker JM, Alssema M, Janssen PGH, Paardt M van der, Festen CCS, Oosterhout MJW van, Dijk JL van, Weijden T van der, Gansevoort RT, Dasselaar JJ, Zoest F van, Drenthen T, Walma EP, Goudswaard AN. NGH-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool risico. Huisarts en Wetenschap, 2011;3:138-155.

Dillen SME van, Hiddink GJ, Noordman J, Dulmen S van. Gesprekken over gezond gewicht in de huisartsenpraktijk. Nederlands Congres Volksgezondheid 01/2013.

DMS2015. Visiedocument. De Medische Specialist 2015. Utrecht: 2012.

Dulmen S van, Noordman J. Huisartsenzorg in cijfers: motiverende gespreksvoering bij leefstijladviezen. Huisarts en Wetenschap, 2013;56(1):43.

Gezondheidsraad. Vaccinatie tegen baarmoederhalskanker. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008.

Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. American Journal of Public Health, 1999;89(9):1322-7.

Glind I van de, Heinen M, Achterberg Th van. Een pas op de plaats. Implementatie van leefstijlinterventies in de patiëntenzorg. Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare. Universitair Medisch Centrum St. Radboud Nijmegen, 2013.

Hamberg-van Reenen HH, Meeteren-Schram MT van, Heus SM, Baan CA. Diabetesinterventies in kaart. Inventarisatie van diabetesinterventies op het terrein van preventie en zorg in Nederland. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 260322003, 2008.

Hamberg-van Reenen HH, Bruin S de, Vermunt P, Molema C, Spijkerman A, Baan C. Succesfactoren van vroegtijdige opsporing van gezondheidsrisico's op lokaal niveau. Een eerste verkenning op basis van interviews met betrokkenen van vijf initiatieven. Bilthoven: RIVM Briefrapportnummer 260221006, 2013.

Hoeymans N, Loon AJM van, Schoemaker CG. Definitierapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 270241002, 2011.

Hoeymans N, Loon AJM van, Schoemaker CG. Ontwerprapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 270241003, 2012.

H&W. M84 NHG-Standaard Cardiovasculair risicomanagement (eerste herziening) Huisarts en Wetenschap, 2012;1:14-28.

Icks A, Rathmann W, Haastert B, Gandjour A, Holle R, John J, Gianj G. Clinical and cost-effectiveness of

primary prevention of Type 2 diabetes in a 'real world' routine healthcare setting: model based on the KORA Survey 2000. Diabetic Medicine, 2007;24(5):473-80.

IGZ. Staat van de Gezondheidszorg 2012. Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2012.

IQ Healthcare. Monitoring vaccinatiegraad Nationaal Programma Grieppreventie 2011. Scientific Institute for Quality of Healthcare. Nijmegen: Universitair Medisch Centrum St. Radboud Nijmegen, 2012.

Jong-Potjer LC de, Beentjes M, Bogchelman M, Jaspar AHJ, Asselt KM van. NHG-Standaard Preconceptiezorg. Huisarts Wet, 2011;54:310-2.

Heijnen ML. Influenza: Wat is het bereik? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, www.nationaalkompas.nl/preventie/van-ziekten-en-aandoeningen/influenza/, 12 december 2008.

Kramer P. De huisarts-patiëntrelatie anno 2011. Amsterdam: TNS NIPO, 2011.

KNMG. Volksgezondheid en Preventie. De visie van de KNMG. Utrecht: Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 2007.

KNMG, GGD Nederland, NCPF, NPHF, SGF, VNG, ZN. Agenda voor een gezonder Nederland. Utrecht: 16 mei 2012.

Koopmans B, Korevaar J, Nielen M, Verhaak P, Jong J de, Dijk L van, Noordman J, Veenhof C, Schellevis F. Overzichtsstudies. Preventie kan effectiever! Deelnamebereidheid en deelnametrouw aan preventieprogramma's in de zorg. Utrecht: NIVEL, 2012.

Leemrijse CJ, Veenhof C, Bakker DH de. Kennisvraag. Zorg en sport, bewegen in de buurt. Utrecht: NIVEL, 2013.

LETB. LETB-rapportage 2012. Belangrijkste resultaten 2010 bevolkingsonderzoek borstkanker. Landelijk Evaluatie Team voor bevolkingsonderzoek naar borstkanker in Nederland. Rotterdam: december 2012.

LHV. Basistakenpakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsen Vereniging, 1986.

NHG, LHV. Toekomstvisie huisartsenzorg. Modernisering naar menselijke maat huisartsenzorg in 2022. Utrecht: Nederlands Huisartsengenootschap en Landelijke Huisartsen Vereniging in samenwerking met het Interfacultair Overleg Huisartsengeneeskunde, 2012.

Mackenbach JP (eds). Successen van preventie, 1970-2010. Rotterdam: Erasmus Medisch Centrum, 2011.

Meijer S, Hesselink A, Martens M. Leefstijlbeïnvloeding in de eerste lijn. Verkenning naar ervaringen van zorgverleners. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 255022001, 2012.

Noordman J, Verhaak P, Dulmen S van. Discussing patient's lifestyle choices in the consulting room: analysis of GP-patient consultations between 1975 and 2008. BMC Family Practice, 2010;11:87.

NDF Zorgstandaard. Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie, 2007.

NDF Zorgstandaard. Addendum geïndiceerde preventie van diabetes type 2. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie, 2012.

NPCF. Brief aan de leden van de Vaste Kamercommissie VWS. Visie NPCF: Zorg is geen gewone markt. Presentatie NPCF-visie zorg voor de lange termijn. Utrecht: Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie, 16 mei 2012.

NRV. Advies inzake de versterking van de preventie in de eerstelijnszorg. Den Haag: Nationale Raad voor de Volksgezondheid, 1992.

Platform Vitale Vaten. Zorgstandaard Cardiovasculair Risicomanagement, 2013.

PON. Zorgstandaard Obesitas. Amsterdam: Partnerschap Overgewicht Nederland, 2010.

Post NAM, Bekker-Grob EW de, Mackenbach JP, Slobbe LCJ. Kosten van preventie in Nederland 2007. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 270751020, 1-64, 2010.

Regieraad. Gaan richtlijnen en doelmatigheid samen? Welke kosten en kostenberekeningen horen thuis in een richtlijn? Den Haag: Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2011.

RVZ. Zorg voor je gezondheid! Gedrag en gezondheid: de nieuwe ordening. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2010.

Schoemaker CG, Berg M van den, Proper K, Heijden G van der. Grade zet bewijs om in concreet advies. Medisch Contact, 2011:66(45):2756.

Smith SK, Trevena L, Simpson JM, Barratt A, Nutbeam

D, McCaffery KJ. A decision aid to support informed choices about bowel cancer screening among adults with low education: randomized controlled trial. British Medical Journal, 2010;26:341:c5370.

Stacey D, Bennett CL, Barry MJ, Col NF, Eden KB, Holmes-Royner M, Llewellyn-Thomas H, Lyddiatt A, Légaré F, Thomson R. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2011;5:(10):CD001431.

SZV. Volksgezondheidsnota 1966. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid, 1966.

Timmermans, D. Wat beweegt de kiezer? Over de betekenis van weloverwogen en geïnformeerde keuzes voor gezondheid en preventie. Den Haag: ZonMw, 2013.

VWS. Over de ontwikkeling van gezondheidsbeleid: feiten, beschouwingen en beleidsvoornemens (Nota 2000). Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1986.

VWS. Preventiebeleid voor de volksgezondheid. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1992.

VWS. Preventienota VWS. Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2003.

VWS. Bijlage bij Preventienota Kiezen voor gezond leven. Kamerstuk 6 oktober 2006. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2006.

VWS. Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie. Kamerstuk 24 september 2007. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2007.

VWS. Kaderbrief screening aan de Tweede Kamer. Kamerstuk 4 juli 2008. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008.

VWS. Landelijke nota gezondheidsbeleid, 'Gezondheid dichtbij'. Kamerbrief 25 mei 2011. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mei 2011a.

VWS. Zorg en ondersteuning in de buurt. Kamerbrief 14 oktober 2011. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, oktober 2011b.

VWS. Beleidsagenda 2012. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, september 2011c.

VWS. Gezamenlijke agenda VWS 'Van systemen naar mensen'. Kamerbrief 8 februari 2013. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013a.

VWS. Agenda voor een nationaal programma preventie. Kamerbrief 12 april 2013. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013b.

VWS. Kamerbrief over Onderhandelaarsresultaten beperking uitgavengroei curatieve zorg. Kamerbrief 16 juli 2013. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013c.

Wang YC, Cheung AM, Bibbins-Domingo K, Prosser LA, Cook NR, Goldman L, Gillman MW. Effectiveness and cost-effectiveness of blood pressure screening in adolescents in the United States. Journal of Pediatrics, 2011;158(2):257-64.e1-7.

Willemsen MC, Segaar D, Schayk OC van. Population impact of reimbursement for smoking cessation: a natural experiment in The Netherlands. Addiction, 2013;108(3):602-4.

Wyers CE, Walg C, Vermunt P. Verkenning als opstap naar de implementatie en evaluatie van het PreventieConsult Cardiometabool risico. Maastricht: Universiteit van Maastricht, 2012.

ZonMw, ActiZ. Preventie door de thuiszorg. Analyse van ontwikkeling en kansen. Den Haag/Utrecht: ZonMw/ActiZ, 2011.

Zorgbalans, 2012a. Stoppen met roken advies (geraadpleegd in augustus 2013). In: Zorgbalans. Bilthoven: RIVM, www.gezondheidszorgbalans.nl/kwaliteit/effectiviteit-van-preventie/, 12 december 2012a.

Zorgbalans, 2012b. Preventieve interventies depressie (geraadpleegd in augustus 2013). In: Zorgbalans. Bilthoven: RIVM, www.gezondheidszorgbalans.nl/kwaliteit/effectiviteit-van-preventie/, 12 december 2012b.

Zorgbalans, 2013. Deelname aan screeningsprogramma's (geraadpleegd in augustus 2013). In: Zorgbalans. Bilthoven: RIVM, www.gezondheidszorgbalans.nl/kwaliteit/effectiviteit-van-preventie/, 12 juni 2013.

Zorgpartijen. Gezamenlijke inbreng van het Zorgveld. Preventiebrief Agenda voor de Zorg aan Vaste commissie VWS, Tweede Kamer der Staten Generaal, 16 mei 2013.

Deel B: Verdiepende studies

Inhoud Deel B

B1 Verantwoording

Zes verdiepende studies over preventie in de zorg in Deel B
In *Deel B* van dit rapport worden de verdiepende studies beschreven: rookpreventie in de perinatale zorg (zie *hoofdstuk B2*), vroegopsporing van psychosociale problematiek in de jeugdgezondheidszorg (zie *hoofdstuk B3*), bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker (zie *hoofdstuk B4*), preventie van depressie middels e-health (zie *hoofdstuk B5*), preventie van cardiometabole aandoeningen in de eerste lijn (zie *hoofdstuk B6*) en vroegsignalering van kwetsbaarheid bij ouderen (zie *hoofdstuk B7*). In elk *hoofdstuk* beschrijven we het gezondheidsprobleem, het aanbod en bereik, de effecten en kosten en de kansen en belemmeringen voor de toekomst. In dit hoofdstuk lichten we toe hoe we tot deze selectie zijn gekomen.

Keuze van de onderwerpen voor de verdiepende studies
In *Deel A* hebben we aangegeven dat de focus in het rapport ligt op preventieve activiteiten die worden aangeboden of uitgevoerd door een zorgverlener die werkzaam is in de gezondheidszorg. Binnen deze focus hebben we gezocht naar onderwerpen voor verdiepende studies, die samen de breedte en diversiteit van preventie in de zorg laten zien. Hieronder beschrijven we welke afwegingen hierbij een rol hebben gespeeld. Deze afwegingen zijn samengevat in *tabel B1*. Van tevoren hebben we als projectteam nagedacht over het aantal onderwerpen. Zes leek ons het meest aangewezen aantal. Dat geeft voldoende ruimte om de breedte te laten zien en tegelijkertijd was het project hierdoor beter uitvoerbaar.

Aandacht voor verschillende levensfasen
Net als in een ander themarapport van de VTV-2014, over gezondheid en maatschappelijke participatie, onderscheiden we in dit rapport drie levensfasen: jeugd, volwassenen en ouderen (Hoeymans et al, 2013). Daarbij besteden we ook expliciet aandacht aan de allervroegste levensfase: de perinatale periode. In die periode wordt ook veel aan preventie in de zorg gedaan. Voor de keuze van de verdiepende onderwerpen betekent het dat we voor elke levensfase ten minste één onderwerp kozen, waarbij de grootste doelgroep, ‘de volwassenen’, de meeste aandacht krijgt.

Aandacht voor de preventie van de belangrijkste ziekten en problemen
Binnen de literatuur over preventie in de zorg gaat de aandacht het meeste uit naar de preventie van chronische ziekten. De meest voorkomende daarvan zijn: diabetes, hart- en vaatziekten, kanker en depressie. Daar moest dus in elk geval aandacht aan worden gegeven. Uiteraard richten niet alle vormen van preventie zich op specifieke diagnoses. Daarom hebben we ook gekeken naar preventie gericht op brede doelgroepen met een combinatie van gezondheidsproblemen. Dan gaat het bijvoorbeeld om kinderen met psychische problemen of om kwetsbare ouderen.

Aandacht voor meerdere beleidsrelevante onderwerpen
In *hoofdstuk 1* van *Deel A* worden de beleidsnota's rond preventie in de zorg op een rijtje gezet. Daarin gaat het voornamelijk over de aandoeningen die samenhangen met overgewicht, onvoldoende bewegen en roken te weten: diabetes, hart- en vaatziekten, Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) en longkanker. In deze beleidsstukken wordt veel aandacht besteed aan standaarden van preventie in de zorg voor deze ziekten. Daarnaast zijn er andere, niet-ziektespecifieke beleidsthema's waarin vroegopsporing een belangrijke rol speelt, zoals de ondersteuning van kwetsbare ouderen. De kostenontwikkelingen in de zorg vormen ook een belangrijk thema. Dan gaat het om de kosten van chronische ziekten, maar ook om de kosten van de geestelijke gezondheidszorg (ggz) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In deze discussie speelt de rol van medische technologie en e-health ook nadrukkelijk een rol. Daar zou het dus ook over moeten gaan in dit rapport.

Aandacht voor meerdere zorgsettings
In de discussie over preventie in de zorg gaat het vooral over de eerstelijnszorg en daarbinnen vooral over de huisarts. Daarom kozen we ervoor om de huisarts in minstens de helft van de verdiepende hoofdstukken een prominente rol te geven. Daarnaast moesten er echter ook andere zorgsettings aan bod komen; denk aan de verloskundige, de tandarts, JGZ, thuiszorg, tweede lijn en langdurige zorg. Uiteindelijk kozen we voor de JGZ, de verloskundige en de wijkverpleegkundige. Door de nadruk in onze werkdefinitie op gezonde mensen en mensen met beginnende ziekten, is preventie in de tweede lijn en in de langdurige zorg uiteindelijk niet uitgebreid in dit rapport terechtgekomen.

Aandacht voor meerdere vormen van preventie
Preventie in de zorg wordt vaak teruggebracht tot één vorm van preventie: gezondheidsbevordering. Dat was bijvoorbeeld zo in het rapport van de Inspectie voor de Gezondheidsdienst (IGZ) over preventie in de zorg (IGZ, 2012). Wij proberen meerdere preventievormen aan bod te laten komen: naast gezondheidsbevordering ook ziektepreventie, screening en vaccinatie. Gezondheidsbescherming komt in verhouding veel minder aan de orde.

Informatie beschikbaar over effectiviteit en kosten
Om de vraagstelling over de effectiviteit te kunnen beantwoorden, moet er over een onderwerp voldoende effectonderzoek zijn gedaan. Sommige onderwerpen zijn om die reden uiteindelijk afgevallen. Zo stond preventie in de tandartsenpraktijk oorspronkelijk wel op onze longlist, maar is zij uiteindelijk geschrapt, omdat er te weinig bekend was over de effectiviteit ervan. Voor dit rapport hebben we bestaand onderzoek geïntegreerd; we hebben geen nieuw onderzoek gedaan.

Tabel B1.1: Karakteristieken van de onderwerpen voor de verdiepende studies.

	Doelgroep	Zorgsetting	Zorgthema	Preventietype	Aandoening / Risicofactor
B2	Perinataal	**Perinatale zorg:** verloskundige, kraamzorg, preconceptiezorg	Perinatale sterfte	Gezondheidsbevordering, ziektepreventie	Leefstijl, aangeboren aandoeningen
B3	Kinderen/jongeren	**JGZ:** consultatiebureau, schoolarts	Vroegopsporing, preventie van jeugdzorg	Screening	Leefstijl, psychische problemen
B4	Volwassenen	Huisarts	Ketenzorg, integrale bekostiging, preventie-consult, zelftests, beweegkuur	Gezondheidsbevordering, preventieve medicatie, CVRM	**Cardiometabole aandoeningen:** hart- en vaatziekten, diabetes, leefstijl
B5	Volwassenen	GGZ, huisarts	E-health, kosten GGZ, Basis-GGZ	Ziektepreventie, vroeg-opsporing	**Depressie**
B6	Volwassenen	Huisarts, screenings-organisatie	Kanker, ketensamen-werking	Screening, vaccinatie	**Baarmoederhalskanker,** HPV
B7	Ouderen	Huisarts, V&V, thuiszorg	Multimorbiditeit, consultatiebureau voor ouderen, wijkverpleegkun-dige, **Kwetsbare ouderen**, participatie, WMO	Vroegopsporing	Beperkingen

B2 Rookpreventie in de perinatale zorg

2.1 Inleiding

In 2010 rookte ruim een kwart van alle Nederlanders. Rokers hebben een verhoogd risico op een groot aantal aandoeningen, waaronder longkanker, COPD en kanker in het hoofdhalsgebied. Ten opzichte van niet-rokers leven ze gemiddeld vier jaar korter (Van Gelder et al., 2012). Roken tijdens de zwangerschap zorgt niet alleen voor gezondheidsschade bij de moeder, maar ook bij het ongeboren kind. Het verhoogt de kans op gezondheidsproblemen bij de geboorte, zoals vroeggeboorte of een laag geboortegewicht, en op perinatale sterfte. De sterfte rond de geboorte is relatief hoog in Nederland.

In Nederland is het aantal vrouwen dat rookt tijdens de zwangerschap de afgelopen jaren fors afgenomen. Toch rookte in 2010 nog altijd één op de zestien zwangeren (6 procent) gedurende de hele zwangerschap. Van de zwangeren met een lage sociaaleconomische status rookte zelfs één op de zeven zwangeren (14 procent) (Lanting et al., 2012). Er kan aanzienlijke gezondheidswinst worden geboekt als meer vrouwen zouden stoppen met roken vóór of vroeg in de zwangerschap. Dit hoofdstuk richt zich daarom op preventie van het roken tijdens de zwangerschap, door interventies in de prenatale of preconceptionele zorg.

Leeswijzer
De vragen die we in dit *hoofdstuk B2* willen beantwoorden zijn: Wat gebeurt er aan rookpreventie in de perinatale zorg? Welke effecten zijn daarvan te verwachten en wat zijn de gevolgen voor de zorgkosten? Om die vragen te kunnen beantwoorden geven we hierna eerst een schets van de situatie in Nederland voor wat betreft problemen rond de geboorte en roken tijdens de zwangerschap (*paragraaf* 2.2). Daarna beschrijven we het aanbod en gebruik van preventieve interventies in de prenatale en preconceptionele zorg, en hun effecten op gezondheid, participatie, en kosten (zie *paragrafen 2.3 en 2.4*). Ten slotte trekken we conclusies en formuleren we kansen en belemmeringen voor praktijk en beleid (zie *paragraaf* 2.5).

2.2 Probleemschets

Perinatale sterfte is relatief hoog in Nederland

Per jaar worden in Nederland ongeveer 180.000 kinderen geboren. Het overgrote deel van de zwangerschappen leidt tot een gezond kind met een gezonde moeder. Maar niet altijd. De afgelopen jaren overleden per jaar ongeveer 1.000 kinderen in de perinatale periode, vanaf 24 weken zwangerschap tot en met de eerste levensweek (Waelput, 2013). In 2003 bleek dat de perinatale sterfte in Nederland het hoogst was van alle toenmalige EU-landen (Buitendijk & Nijhuis, 2004). Hoewel de perinatale sterfte in Nederland de afgelopen jaren is gedaald, scoort Nederland nog steeds slecht ten opzichte van andere Europese landen (Mohangoo et al., 2008). In 2013 bleek dat de perinatale sterfte in Nederland in 2010 niet meer het allerslechtste van Europa was, maar nog steeds relatief hoog was (Euro-Peristat, 2013). In de periode 2001-2011 daalde de perinatale sterfte in Nederland van 9,2 naar 5,5 per 1.000 kinderen.

Perinatale morbiditeit bij één op de zes pasgeborenen

Ook het aantal ziekten en aandoeningen bij pasgeborenen is relatief hoog in Nederland. Bij ongeveer één op de zes kinderen (16 procent) is sprake van gezondheidsproblemen bij de geboorte. Daarbij gaat het om een aangeboren aandoening, vroeggeboorte (<37 weken), laag geboortegewicht (<10de percentiel) of een lage Apgar-score (<7). Deze vier vormen van perinatale morbiditeit worden gezamenlijk de 'big 4' genoemd. Verreweg de meeste perinatale sterfgevallen (85 procent) worden vooraf gegaan door één of meer van deze aandoeningen (Bonsel et al., 2010). Niet alleen het niveau van deze ongunstige perinatale uitkomsten is relatief hoog in Nederland, ook bestaan er grote verschillen binnen Nederland. In achterstandswijken leiden zwangerschappen vaker tot ongunstige uitkomsten en is de perinatale sterfte soms wel twee keer zo hoog als het landelijk gemiddelde (De Graaf et al., 2008; Ravelli et al., 2011). Zoals we hieronder zullen zien, heeft roken van alle afzonderlijke risicofactoren de grootste bijdrage aan vroeggeboorte, laag geboortegewicht en perinatale sterfte (Bonsel et al., 2010). De sociaaleconomische verschillen in rookprevalentie verklaren ongeveer de helft van het verschil in vroeggeboorte en laag geboortegewicht tussen hoog en laag opgeleide zwangeren (Bonsel et al., 2010).

Stuurgroep: perinatale zorg moet proactiever worden

Vanwege de relatief hoge perinatale sterfte in Nederland riep de minister van VWS in 2008 de stuurgroep Zwangerschap en Geboorte in het leven. De opdracht van de Stuurgroep was te adviseren hoe de perinatale mortaliteit en morbiditeit kan worden teruggedrongen. Begin 2010 bood de Stuurgroep haar rapport 'Een goed begin' aan de minister aan (Stuurgroep, 2009). De Stuurgroep bepleit een kanteling van een reactieve (op behandeling gerichte) naar een meer proactieve (op preventie gerichte) benadering van de perinatale zorg. Dit betekent bijvoorbeeld investeren in preconceptiezorg en prenatale voorlichting. In de visie van de Stuurgroep zou het dan mogelijk zijn om de perinatale sterfte in de komende vijf jaar te halveren. Ook de Signalementstudie wijst op het belang van preventie (Bonsel et al., 2010). Volgens Bonsel et al. worden de risicofactoren voor de big 4 aandoeningen te weinig opgemerkt door het perinatale zorgsysteem en worden ze niet systematisch preventief beïnvloed.

Gezondheidsproblemen bij geboorte leiden tot gezondheidsproblemen later in het leven

Kinderen met gezondheidsproblemen bij de geboorte maken een slechte start. Deze kinderen ondervinden hier later in hun leven vaak nog gevolgen van. Dit zien we bij alle big 4 aandoeningen. Bij vroeggeboorte geldt bijvoorbeeld: hoe korter de zwangerschap, hoe onrijper de organen, hoe groter de kans op

problemen. Bij kinderen geboren vóór de 32e zwangerschapsweek komen motorische of verstandelijke stoornissen, beperkingen en handicaps vaker voor dan bij op tijd geborenen. Soms komen problemen pas later tot uiting. Het gaat dan om bijvoorbeeld ontwikkelingsstoornissen, gedragsstoornissen, zoals ADHD en autisme, of stemmingsstoornissen, zoals depressie of angststoornis. Dit speelt vooral bij late vroeggeboorte (32 tot 37 zwangerschapsweken) een rol (Waelput & Kollée, 2011).

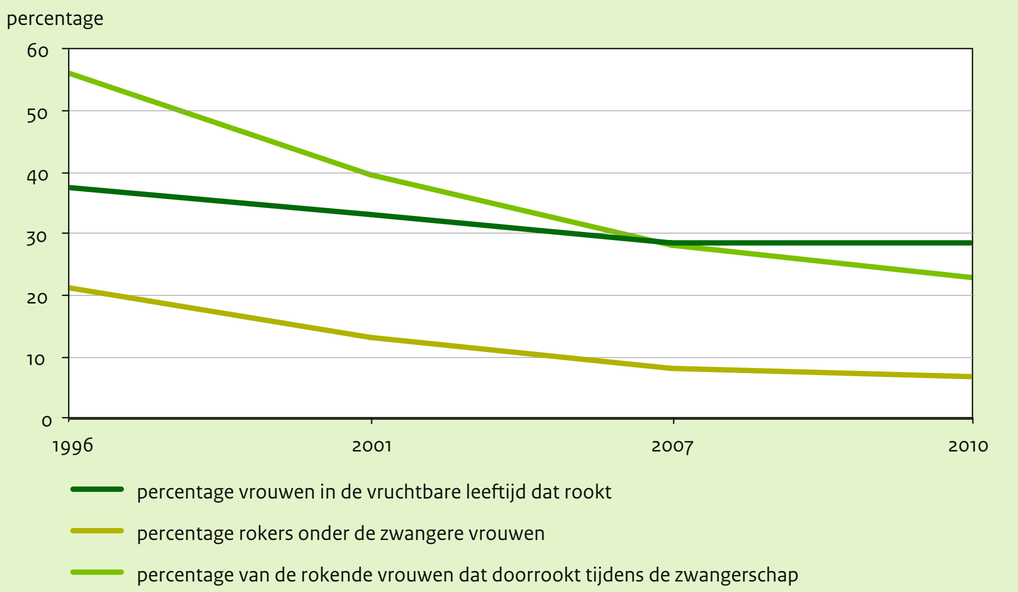
Verminderde participatie door gezondheidsproblemen bij geboorte
Gezondheidsproblemen bij de geboorte leiden later in het leven niet alleen tot gezondheidsproblemen, maar hebben ook gevolgen voor participatie. Het gaat hierbij zowel om schoolparticipatie als om werkparticipatie. Ook hier illustreren we dit aan de hand van vroeggeboorte. Vroeggeboorte geeft een verhoogd risico op ontwikkelingsstoornissen. Zo heeft 40 procent van de vroeggeboren kinderen op tweejarige leeftijd een mentale en/of motorische achterstand. Hierdoor kunnen deze kinderen minder goed meekomen op school en gaan ze vaker naar het speciaal onderwijs. Vroeggeboren kinderen volgen op 14-jarige leeftijd zes keer vaker speciaal onderwijs dan hun leeftijdgenoten (Hille et al., 2007). Ten slotte in vergelijking met op tijd geboren leeftijdsgenoten, zijn vroeggeboren kinderen (op de leeftijd van 19 jaar) driemaal vaker werkloos en volgen zij driemaal zo vaak geen onderwijs meer (Hille et al., 2007; Waelput & Kollée, 2011).

Leefstijl en persoonsgebonden factoren beïnvloeden perinatale morbiditeit en mortaliteit
Verschillende risicofactoren bij de moeder (persoonsgebonden, leefstijl en omgeving) verhogen de kans op een slechte zwangerschapsuitkomst. Bij persoonsgebonden factoren gaat het bijvoorbeeld om hoge leeftijd van de moeder of het hebben van een chronische ziekte. De bekende leefstijlfactoren als roken, alcoholconsumptie, ongezond voedingspatroon en weinig bewegen verhogen ook het risico op een ongunstige zwangerschapsuitkomst. Uiteindelijk kunnen zich zowel in de fysieke als in de sociale omgeving risicofactoren voordoen. Risicofactoren clusteren vaak bij dezelfde vrouwen en zorgen daar voor een cumulatie van het risico. Dit verklaart waarom de perinatale sterfte in achterstandswijken hoger is dan in de rest van Nederland. De big 4 aandoeningen ontstaan vooral door bovenstaande risicofactoren, die rond de conceptie en in de vroege zwangerschap bepalend zijn (Bonsel et al., 2010).

Roken tijdens de zwangerschap verhoogt het risico op laag geboortegewicht en vroeggeboorte
Roken is geassocieerd met verminderde foetale groei, met name in het eerste trimester, en is gerelateerd aan meer vroeggeboorte en een laag geboortegewicht (Mook-Kanamori et al., 2010). De kans dat het kind van een rokende zwangere met een laag geboortegewicht wordt geboren, is bijna drie keer zo hoog in vergelijking met niet-rooksters (Vardavas et al., 2010). Voor vroeggeboorte is dit relatieve risico bijna twee keer zo hoog (Castles et al., 1999). Vroeggeboorte en laag geboortegewicht zorgen voor twee derde van de perinatale sterfte in Nederland; van alle afzonderlijke risicofactoren heeft roken de grootste bijdrage aan vroeggeboorte, laag geboortegewicht en perinatale sterfte (Bonsel et al., 2010).

Roken tijdens de zwangerschap neemt af …
Het percentage rokende zwangeren is de afgelopen jaren afgenomen. In 1996 rookte nog meer dan 20 procent van de zwangere vrouwen, in 2001 was dit 13 procent en in 2010 was dit nog maar 6,3 procent (Lanting et al., 2012) (zie *figuur B2.1*). In 2010 rookte dus ongeveer één op de 16 zwangeren gedurende de hele zwangerschap. In 2010 rookte 25 procent van alle vrouwen in de vruchtbare leeftijd (20-45 jaar). Dit betekent dat driekwart van de rokende vrouwen voor of tijdens de zwangerschap stopt en een kwart

Figuur B2.1: Roken tijdens de zwangerschap (Bron: Lanting et al., 2009; 2012).



doorrookt. Vrouwen die doorroken tijdens de zwangerschap, roken wel de helft minder sigaretten per dag (Lanting et al., 2012). Het grootste deel van de vrouwen die tijdens de zwangerschap stoppen met roken, is binnen een jaar na de bevalling weer begonnen met roken (Von Kohorn et al., 2012).

... maar er blijven grote sociaaleconomische verschillen

Roken tijdens de zwangerschap is zowel bij vrouwen met een hoge sociaaleconomische status als bij vrouwen met een lage sociaaleconomische status ongeveer even sterk afgenomen. Hierdoor zijn de sociaaleconomische verschillen voor wat betreft roken tijdens de zwangerschap nog onverminderd groot. In 2001 rookte 24,3 procent van de laagopgeleide zwangeren; in 2010 was dit nog 13,8 procent. Bij zwangeren met een hoge opleiding zijn deze percentages respectievelijk 5,4 en 2,4 procent (Lanting et al., 2012). In 2010 werd er dus bij de laagopgeleide zwangeren bijna zes keer zoveel gerookt als bij hoogopgeleide zwangeren. Dit verschil in rookprevalentie verklaart ongeveer de helft van het verschil in vroeggeboorte en laag geboortegewicht, tussen hoog en laag opgeleide zwangeren (Bonsel et al., 2010).

2.3 Aanbod en bereik

Bijna alle zwangeren onder controle bij verloskundig hulpverlener
Bijna alle zwangeren zijn onder controle bij een verloskundige of gynaecoloog. Die monitort de zwangerschap, geeft leefstijladviezen en biedt zwangerschapsscreeningen aan (Downsyndroom, structureel echoscopisch onderzoek, prenatale screening naar infectieziekten en erythrocytenimmunisatie). De meeste zwangeren hebben vóór de 14^{e} zwangerschapsweek een eerste consult met een verloskundige. Vrouwen echter uit allochtone of lage sociaaleconomische groepen komen relatief vaak laat voor het eerste consult. In de grote steden komt een kwart (autochtone zwangeren) tot de helft (allochtone zwangeren) zo laat bij de verloskundige, dat de standaard eerste trimester screening niet meer mogelijk is en gedragsverandering minder effectief is (Bonsel et al., 2010). Ook bij roken geldt immers: hoe eerder de zwangere stopt met roken, hoe beter voor de gezondheid van de foetus.

Minimale interventiestrategie Stoppen met roken voor de Verloskundigenpraktijk
Speciaal voor de verloskundigenpraktijk is door STIVORO de V-MIS ontwikkeld, de 'Minimale Interventiestrategie Stoppen met roken voor de Verloskundigenpraktijk'. De V-MIS bevat, net als de H-MIS (voor huisartsen), een aantal opeenvolgende stappen. Het begint met het inventariseren van het rookgedrag van de zwangere tijdens het eerste consult. De volgende stappen zijn het inventariseren en zo nodig verhogen van de motivatie om te stoppen met roken, en de inventarisatie en bespreking van barrières om te stoppen. Daarna volgt het maken van een stopafspraak en het bespreken van de mogelijkheden van hulpmiddelen en ondersteuning bij het stoppen. De verloskundige biedt ondersteuning door in alle volgende consulten na de stopdatum het rookgedrag aan de orde te stellen. Ten slotte wordt het rookgedrag na de bevalling besproken, om terugval te voorkomen. De Minimale InterventieStrategie (MIS) is tegenwoordig bekend onder de naam STIMEDIC.

Handreiking ter ondersteuning van verloskundigen bij stoprookbeleid
In 2012 publiceerde de Koninklijke Nederlandse Organisatie van verloskundigen (KNOV) samen met STIVORO een handreiking om verloskundigenpraktijken te ondersteunen bij het formuleren van beleid op het gebied van stoppen met roken (KNOV, STIVORO, 2012). Uitgangspunt hierbij is dat verloskundigen gebruikmaken van de V-MIS. De handreiking geeft een aantal stappen om te komen tot een stoprookbeleid in de verloskundige praktijk. Het start met het bespreken van de uitgangspunten in de praktijk, het aanwijzen van een verantwoordelijke binnen de praktijk, en het bevorderen van deskundigheid in ondersteuning bij het stoppen met roken. Daarna kan de V-MIS systematisch bij alle zwangeren worden toegepast. Tot slot is van belang om het rook- en stopgedrag goed te registreren, zodat de effecten van het stoprookbeleid in de praktijk kunnen worden gemonitord.

Implementatie van stoppen met roken ondersteuning in de prenatale zorg is onvolledig
De IGZ onderzocht in een steekproef van 120 eerstelijnspraktijken hoe het er in 2010 voor stond wat betreft de begeleiding bij stoppen met roken door verloskundigen (Reulings et al., 2011). Er bleek veel variatie tussen de praktijken, maar geen enkele verloskundigenpraktijk paste alle stappen van VMIS volledig toe. De eerste stappen van de V-MIS, zoals het inventariseren van het rookgedrag, werden door bijna alle praktijken uitgevoerd. De stappen rond motivatie en barrières werden door minstens 80 procent van de praktijken uitgevoerd. De daaropvolgende stappen van de V-MIS werden veel minder goed uitgevoerd. Zo werd in de overgrote meerderheid van de praktijken geen stopdatum afgesproken en was

er daarna geen ondersteuning van de verloskundige in volgende consulten. Verloskundigen geven aan bang te zijn hun relatie met de zwangere op het spel te zetten door steeds op het roken terug te komen. Ook verwachten ze dat het aan hen veel tijd zal kosten.

Stopondersteuning door verloskundigen verbeterde na onderzoek van de Inspectie
In 2011 werden alle verloskundigen door de Inspectie geïnformeerd over de uitkomsten van dit onderzoek. In 2012 toetste de Inspectie vervolgens of er voldoende verbetering in de stoppen-met-roken-begeleiding was opgetreden (IGZ, 2012). Dit deed men middels een bezoek aan 21 verloskundigenpraktijken. Het overgrote deel van de bezochte praktijken had (een deel van) de verloskundigen voor dit doel geschoold en twee derde had specifiek beleid geformuleerd. De registratie van het rookgedrag werd nog slechts door een derde van de bezochte praktijken bijgehouden en de meeste praktijken hadden geen geaggregeerde informatie op praktijkniveau. De grootste verbetering zag de Inspectie bij de toepassing van de V-MIS. Op één na gebruikten alle praktijken dit instrument, en alle praktijken legden het rookgedrag en de begeleiding om te stoppen vast in het patiëntendossier. Ook beschikten bijna alle praktijken over een sociale kaart, zodat ze wisten naar welke andere zorgverleners ze hun cliënten konden doorverwijzen als ze de vertrouwensrelatie niet op het spel wilden zetten (IGZ, 2012).

Preconceptiezorg om er nog vroeger bij te zijn
Als zwangeren voor het eerst bij de verloskundige komen, zijn ze vaak al minstens tien weken zwanger. Bij rokende zwangeren is gedurende de eerste weken van de zwangerschap al schade aangericht aan de foetus. Daarom zijn er ontwikkelingen om adviezen voor het stoppen met roken al eerder te geven, bijvoorbeeld tijdens een kinderwensspreekuur van de verloskundige of een preconceptieconsult door de huisarts (Stuurgroep, 2009). Steeds meer verloskundigen hebben een dergelijk spreekuur; volgens de KNOV-website ging het begin 2013 om 140 van de ongeveer 500 verloskundigenpraktijken in Nederland. In een kinderwensspreekuur geeft de verloskundige advies over gezond zwanger worden. Ze geeft uitleg over: het slikken van foliumzuur, gevarieerd en gezond eten, medicijngebruik en risicofactoren in de familie. Daarnaast wijst de verloskundige op de schadelijke gevolgen van het gebruik van drank, drugs en sigaretten. Voor huisartsen is er sinds 2011 een speciale NHG-standaard voor preconceptiezorg (De Jong-Potjer et al., 2011). Daarin staat de aanbeveling om paren met een kinderwens te adviseren te stoppen met roken. Daartoe wordt verwezen naar aanpak in de NHG-standaard ‘Stoppen met roken’, waarin is voortgebouwd op de H-MIS.

Bereik preconceptiezorg onbekend
Het bereik van preconceptiezorg in Nederland is niet precies bekend. Echter, de verloskundige komt meestal pas in beeld komt als er al sprake is van een zwangerschap, en niet daarvóór. Hierdoor zal naar verwachting het bereik van de kinderwensspreekuren door verloskundigen niet heel hoog zijn. De NHG-standaard ‘Preconceptiezorg’ gaat uit van een passieve aanpak, waarbij huisartsen preconceptiezorg geven aan vrouwen met specifieke vragen rond zwanger worden. Er is op dit moment geen actief beleid waarbij vrouwen worden opgeroepen voor preconceptiezorg. Dit betekent dat het bereik van preconceptiezorg beperkt blijft tot diegenen die zelf met vragen naar de huisarts komen. Een voorzichtige schatting is dat hooguit enkele procenten van de paren met een kinderwens, preconceptiezorg door verloskundige of huisarts ontvangt.

Ook preconceptieadviezen via websites
Paren die zwanger willen worden, kunnen ook digitaal advies krijgen over gezond zwanger worden. Er zijn verschillende websites ontwikkeld die ofwel generieke adviezen geven, ofwel via een online vragenlijst specifieke adviezen geven. Het RIVM ontwikkelde samen met een groot aantal betrokken organisaties de website strakszwangerworden.nl. Daar worden paren met een kinderwens voorgelicht over gezond zwanger worden. Voorlichting over stoppen met roken maakt hier onderdeel van uit. Sinds de start van de website kwamen ongeveer 60.000 unieke bezoekers op deze website. Het Erfocentrum (Nationaal Informatiecentrum Erfelijkheid, Kinderwens en Medische Biotechnologie) ontwikkelde samen met het Erasmus MC de website zwangerwijzer.nl. Daar kunnen vrouwen en mannen met een kinderwens een vragenlijst invullen (over leefstijl, medische geschiedenis, ziekte in de familie, etc.) en krijgen ze advies op maat. Ook de websites zwangerstraks.nl en slikeerstfoliumzuur.nl van het Erfocentrum richten zich op paren met een kinderwens. Het Erasmus MC heeft een online coaching programma ontwikkeld, slimmerzwanger.nl. Hierbij worden vrouwen en mannen met een kinderwens gedurende een halfjaar middels sms en email persoonlijk begeleid bij gedragsverandering richting een gezonde leefstijl.

2.4 Effecten en kosten

Door de V-MIS stoppen meer zwangeren met roken
Stoppen met roken vroeg in de zwangerschap brengt de kans op vroeggeboorte en een laag geboortegewicht terug naar het niveau van iemand die helemaal niet heeft gerookt tijdens de zwangerschap (McCowan et al., 2009). Daarom is continue abstinentie tijdens de zwangerschap een belangrijke uitkomstmaat bij het evalueren van de effectiviteit van prenatale stoppen-met-roken begeleiding, zoals de V-MIS. In een Nederlandse Randomized Controlled Trial (RCT) bleek dat 12 procent van de zwangeren die de V-MIS kreeg aangeboden, gedurende de rest van de zwangerschap niet meer had gerookt (De Vries et al., 2006). Dit percentage was in de controlegroep, die V-MIS niet kreeg aangeboden, slechts 3 procent. Door de V-MIS stoppen dus vier keer zoveel zwangeren met roken tijdens de zwangerschap. Een groot deel blijft echter doorroken. Of zij wel minder sigaretten zijn gaan roken, is niet bekend. Maximale implementatie van de V-MIS zou tot enkele duizenden extra gestopte zwangeren kunnen leiden (Van den Berg et al., 2010).

Prenataal stoppen met roken heeft gunstige effecten op gezondheid van de baby
Een internationaal overzichtsartikel laat op basis van tientallen RCT's en tienduizenden onderzoeksdeelnemers zien, dat prenatale stoppen-met-roken interventies gemiddeld leiden tot 6 procent extra stoppers (Lumley et al., 2009). Dit geldt zowel voor gedragsmatige als voor farmacologische ondersteuning. Hoewel het effect beperkt is, en de beste studies de kleinste effecten lieten zien, blijkt dat deze interventies toch aantoonbaar leiden tot gunstige effecten op de gezondheid van de baby. Bij zwangeren die stoppen-met-roken begeleiding aangeboden krijgen tijdens de zwangerschap, worden ongeveer 15 procent minder baby's te vroeg of met een laag gewicht geboren en nam het gemiddelde geboortegewicht toe met een half ons. Er werden geen statistisch significante effecten op perinatale sterfte gevonden, maar slechts weinig studies namen deze effectmaat mee.

Geen blijvende effecten op het rookgedrag van de moeder
Uit dezelfde overzichtsstudie als hierboven blijkt ook dat veel vrouwen die voor of tijdens de zwangerschap stoppen met roken, dit na de zwangerschap niet volhouden (Lumley et al., 2009). Direct na de bevalling is een groot deel nog wel gestopt, maar een jaar na de bevalling is er geen statistisch significant verschil meer in de rookprevalentie bij vrouwen die wel en die geen prenatale stoppen-met-roken begeleiding kregen.

Effect preconceptiezorg op roken tijdens de zwangerschap is niet bekend
De effecten van adviezen en begeleiding bij het stoppen-met-roken zijn niet onderzocht in de specifieke preconceptionele setting. Er is wel veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van stoppen-met-roken interventies in de zorg (Van den Berg & Schoemaker, 2010). In een reeks Cochrane reviews is de 'evidence' uit honderden RCT's op een rij gezet. Hieruit blijkt dat gedragsmatige ondersteuning door een zorgprofessional het aantal succesvolle stoppers verhoogt met een factor anderhalf tot twee. Farmacologische ondersteuning verhoogt de stopkans van een roker ook: met een factor anderhalf tot twee. Maximale gecombineerde behandeling kan de stopkans van een roker verviervoudigen. Als we ervan uitgaan dat ongeveer 5 procent van de rokers uit zichzelf stopt, dan kan maximale ondersteuning vanuit de zorg dit verhogen naar 20 procent. Dus ook met maximale ondersteuning mislukken vier op de vijf stoppogingen. Er is geen reden aan te nemen dat deze cijfers bij mensen met een kinderwens heel anders liggen. Hooguit zijn ze iets gunstiger, omdat vrouwen die zwanger willen worden waarschijnlijk extra gemotiveerd zijn om te stoppen met roken.

Als niemand meer zou roken tijdens de zwangerschap …
Vier vijfde van alle extreme vroeggeboortes en twee derde van alle gevallen van laag geboortegewicht die bij rokende zwangeren plaatsvinden, zijn toe te schrijven aan het roken (Lanting et al., 2009). Men schat dat als niemand meer zou roken tijdens de zwangerschap, in Nederland 29 procent van de extreme vroeggeboortes en 17 procent van de kinderen met een laag geboortegewicht zou kunnen worden voorkomen (Lanting et al., 2009). Deense onderzoekers schatten dat in een populatie waarin 30 procent van de zwangere vrouwen rookt, 25 procent van het aantal doodgeboren kinderen kan worden voorkomen door het roken van sigaretten vóór de 16e zwangerschapsweek te beëindigen (Wisborg et al., 2001). In Nederland, waar minder dan 10 procent van de zwangeren rookt, zal dit effect navenant kleiner zijn, grofweg 5 tot 10 procent van de perinatale sterfte.

Effecten op participatie zijn onbekend, maar aannemelijk
Zoals eerder in dit *hoofdstuk* aangegeven, zijn schoolprestaties en arbeidsmarktdeelname minder bij kinderen en jongvolwassenen die te vroeg zijn geboren. Dit betekent dat als minder vrouwen roken tijdens de zwangerschap, dit zal leiden tot minder vroeggeboortes en gezondere kinderen, met minder ontwikkelingsachterstand en minder probleemgedrag. Uiteindelijk zal dit waarschijnlijk ook een positief effect hebben op hun participatie op school en in werk. De precieze grootte van deze participatie-effecten is niet aan te geven, omdat deze uitkomsten doorgaans niet worden meegenomen in effectevaluaties.

Kosten van prenatale en preconceptionele zorg gericht op stoppen met roken
Volledige uitvoering van de V-MIS kost een verloskundige gedurende het hele traject van begeleiding van een zwangere in totaal ongeveer een halfuur. Dit betekent dat een V-MIS ongeveer 30 euro aan begelei-

ding kost. Als alle rokende zwangeren de volledige V-MIS zouden ondergaan, dan kost prenatale begeleiding bij het stoppen-met-roken op jaarbasis ongeveer 400.000 euro. De kosten van preconceptiezorg zijn niet in te schatten, omdat aanbod en bereik ervan onbekend zijn. Feit is wel dat naast de ontwikkelkosten het bezoeken van een website en het invullen van een online vragenlijst geen kosten met zich mee brengen.

Kosten van gezondheidsproblemen door roken tijdens de zwangerschap
Het is niet precies aan te geven wat de zorgkosten zijn ten gevolge van roken tijdens de zwangerschap. In de Kosten van ziekten studie wordt bij perinatale aandoeningen onderscheid gemaakt in vroeggeboorten, problemen bij op tijd geborenen, en overige aandoeningen in de perinatale periode. Aan vroeggeboorten werd in 2007 ruim 150 miljoen euro uitgegeven (Slobbe et al., 2011). Dit zijn kosten die in het ziekenhuis worden gemaakt voor verzorging en behandeling. Welk deel hiervan aan roken valt toe te schrijven, is niet precies aan te geven. Ook is geen schatting te geven welk deel hiervan door intensivering van prenatale en preconceptionele stoppen-met-roken begeleiding zou kunnen worden voorkomen. Bovendien zijn er natuurlijk veel indirecte zorgkosten voor kinderen met gezondheidsproblemen bij de geboorte, die niet in dit bedrag zijn meegenomen (kosten voor behandeling van ontwikkelingsachterstand of gedragsproblemen). Ook de maatschappelijke kosten (onderwijs, arbeid) zijn niet in getal te vatten.

Gunstige kosteneffectiviteit van prenatale stoppen-met-roken begeleiding
Er is veel onderzoek gedaan naar de kosteneffectiviteit van stoppen-met-roken interventies. In degelijke modelstudies worden op basis van aannames de kosten en effecten op lange termijn geschat. De conclusie uit tientallen van deze kosteneffectiviteitsanalyses is, dat stoppen-met-roken ondersteuning een heel gunstige kosteneffectiviteitsratio heeft (Ruger & Lazar, 2012). Die is vaak in de grootteorde van 5.000 euro per QALY en bijna altijd onder de in Nederland vaak gehanteerde grenswaarde van 20.000 euro per QALY. Er zijn enkele modelstudies naar de kosteneffectiviteit van prenatale stoppen-met-roken begeleiding gepubliceerd. Daarin wordt het algemene beeld bevestigd.

Nederlandse kosten- en batenanalyse van een programma voor perinatale zorg
Ondanks de beperkte beschikbaarheid van gegevens, is er wel een aantal kosteneffectiviteitstudies uitgevoerd naar preconceptiezorg. In een Nederlandse studie werden de kosten en effecten van een massamediale campagne in combinatie met een preconceptieconsult geschat. De interventie was gericht op foliumzuurvoorlichting en stoppen-met-roken begeleiding (De Weerd et al., 2004). Men ging ervan uit dat de helft van de doelgroep van 200.000 vrouwen met een zwangerschapswens op basis van de campagne naar een preconceptieconsult gaat. Men nam vervolgens aan dat van de vrouwen die op consult komen, 80 procent start met foliumzuurgebruik en 15 procent stopt met roken. Op basis hiervan werd geschat dat bijna 140 ongunstige zwangerschapsuitkomsten (perinatale sterfte, vroeggeboorte, of neuraalbuisdefect) zouden kunnen worden voorkomen. Uitgaande van een tijdshorizon van één jaar, zou dit programma ruwweg zes miljoen euro kosten (campagne, consulten, foliumzuur) en een kleine twee miljoen euro opleveren (aan bespaarde zorgkosten). De netto kosten komen zo op ongeveer vier miljoen euro per jaar, ofwel bijna 30.000 euro per voorkomen ongunstige zwangerschapsuitkomst.

2.5 Kansen en belemmeringen

Prenatale begeleiding bij het stoppen met roken kan beter
Lang niet alle verloskundigen in Nederland bieden rokende zwangeren maximale ondersteuning bij het stoppen met roken. Uit onderzoek van de IGZ bleek dat het aanbod van stoppen-met-roken ondersteuning en de begeleiding bij het stoppen-met-roken tijdens de zwangerschap nog een stuk intensiever kunnen zijn. Ondanks de verbetering die de Inspectie waarnam in de periode 2010 tot 2012, is hier nog winst te behalen, voornamelijk op de randvoorwaarden voor structurele implementatie (IGZ, 2012). Volledige uitvoering van de V-MIS leidt ertoe dat meer rokende zwangeren stoppen met roken. Dit zou in Nederland tot substantiële vermindering kunnen leiden van het aantal kinderen dat te vroeg en/of met een laag gewicht wordt geboren, en tot lagere perinatale sterfte in Nederland.

Preconceptiezorg niet via centraal programma, wel aandacht voor risicogroepen
Stoppen met roken *tijdens* de zwangerschap, op advies van de verloskundige, is eigenlijk al te laat. De eerste maanden van de zwangerschap zijn dan al voorbij en de schade bij de foetus is voor een deel al aangericht. Vanuit gezondheidsoogpunt zou preventie dus eerder moeten aangrijpen in de preconceptionele periode. De Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte pleitte er dan ook voor om een landelijk programma van collectieve voorlichting en individuele preconceptiezorg op te zetten (Stuurgroep, 2009). In reactie op het advies van de Stuurgroep gaf de minister van VWS aan dat veldpartijen primair verantwoordelijk zijn voor de preconceptievoorlichting. Daarnaast werd extra aandacht besteed aan risicogroepen. Inmiddels is het project 'Healthy Pregnancy 4 All' gestart, waar in een aantal pilotregio's een integrale aanpak wordt onderzocht, met als doel perinatale sterfte terug te dringen in hoog risicogroepen. Preconceptiezorg maakt hier een belangrijk onderdeel vanuit.

Knelpunten voor preconceptiezorg: financiering, medicalisering, bewijsvoering
Preconceptiezorg biedt kansen voor de volksgezondheid, maar voor een goede implementatie zijn er nog de nodige knelpunten. Voor de financiering van preconceptiezorg is geen aparte regeling getroffen. Dit wordt door het veld als knelpunt gezien. De minister gaf aan dat paren met een kinderwens bij de huisarts terecht kunnen voor een preconceptieconsult. Toename van medicalisering van de zorg rondom de zwangerschap wordt ook als een belemmerende factor voor de implementatie van preconceptiezorg genoemd. Een laatste belemmerende factor is het ontbreken van voldoende wetenschappelijk bewijs voor effectiviteit, vooral in risicogroepen. Uit een expertmeeting over preconceptiezorg die begin 2012 door ZonMw werd georganiseerd in het kader van het programma Zwangerschap en geboorte, kwamen vergelijkbare punten naar voren (ZonMw, 2012).

Onderzoek naar effectiviteit en kosteneffectiviteit preconceptiezorg nodig
In dit *hoofdstuk B2* bleek dat over de effectiviteit en kosteneffectiviteit van stoppen-met-roken begeleiding in de prenatale zorg voldoende evidence beschikbaar is. Dit ligt anders voor de preconceptiezorg, waar veel minder onderzoek voorhanden is. De effectiviteit en kosteneffectiviteit van een programma met collectieve voorlichting en individuele begeleiding vóór de zwangerschap, zijn in Nederland nog niet aangetoond. Indirecte evidence geeft wel een positief beeld van de (kosten)effectiviteit, maar het bereik is juist in de groepen met het hoogste risico het laagst. Begin 2011 is in opdracht van VWS het ZonMw programma 'Zwangerschap en geboorte' van start gegaan, waar voor de komende vier jaar 11 miljoen euro beschikbaar is gesteld. Onderdeel hiervan is het onderzoek naar de doelmatigheid en effectiviteit

van preconceptiezorg, specifiek gericht op risicogroepen. Ook het project Healthy Pregnancy 4 All (HP4All) richt zich op risicogroepen.

Preventie richten op zwangeren met lage sociaaleconomische status
Er is speciale aandacht nodig voor het bereiken van zwangeren (of paren met een kinderwens) uit lage sociaaleconomische groepen. Zij roken het meest tijdens de zwangerschap en bij hen komen veel meer ongunstige zwangerschapsuitkomsten voor. De sociaaleconomische verschillen in het roken tijdens de zwangerschap zijn de afgelopen jaren niet kleiner geworden. Zowel bij prenatale als preconceptionele stop-met-roken ondersteuning geldt dat deze groepen minder goed worden bereikt of dat het bij hen mogelijk minder effectief is.

Flankerend beleid buiten de zorg blijft nodig
Roken tijdens de zwangerschap is een maatschappelijk probleem waar in de zorg ook in de toekomst veel tegen kan worden gedaan. Maar het is duidelijk dat de zorg dit probleem zonder flankerend beleid in andere sectoren nooit alleen zal kunnen oplossen. Er zijn preventiestrategieën buiten de zorg nodig die ook voor rokers met een lage sociaaleconomische status (ses) effectief zijn, zoals collectieve maatregelen die de beschikbaarheid en de betaalbaarheid van sigaretten beperken. Daarnaast kan worden gedacht aan het verbod ‘verboden te roken’ in openbare ruimten, zoals schoolpleinen.

B3
Vroegopsporing van psychosociale problematiek bij jongeren

3.1 Inleiding

Psychosociale problemen betreffen een range van milde psychosociale problemen tot meer ernstige psychische stoornissen. Psychosociale problemen worden vaak ingedeeld in: emotionele problemen, gedragsproblemen en sociale problemen. Emotionele problemen komen vaker voor bij meisjes en bij jongeren op het voorgezet onderwijs. Gedragsproblemen komen vaker voor onder jongens en kinderen in het basisonderwijs.

Het vroegtijdig opsporen van psychosociale problemen heeft tot doel om latere psychische stoornissen en doorverwijzing naar jeugdzorg of jeugd-ggz gedeeltelijk te voorkomen. Vanuit de jeugdgezondheidszorg (JGZ) worden psychosociale problemen opgespoord met behulp van signaleringsvragenlijsten, die afhankelijk van de leeftijd van het kind door ouders of kind worden ingevuld. De meest gebruikte en voor groep 6/7 gevalideerde vragenlijst is de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire). De SDQ wordt als hulmiddel gebruikt ter ondersteuning van een gesprek en niet als diagnostisch instrument. Kinderen die worden gesignaleerd met matig of sterk verhoogde scores, krijgen vanuit de JGZ opvoedondersteuning aangeboden of worden doorverwezen naar bijvoorbeeld jeugdzorg.

Tussen 2013 en 2015 zal gefaseerd een nieuw stelsel voor zorg voor jeugd ingevoerd worden. In het nieuwe stelsel krijgt elke gemeente de regie over de zorg voor jeugd en de plicht, de zorg rondom jeugdigen laagdrempelig en in de buurt te organiseren. Het streven is ontzorgen en normaliseren waar mogelijk, en toegeleiden naar zorg waar nodig. Dit kan bijvoorbeeld worden vormgegeven vanuit een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). Een deel van de taken wordt uitgevoerd door de JGZ, maar ook door bijvoorbeeld maatschappelijk werk, welzijnswerk, huisartsenzorg, Zorg- en Advies Teams (ZAT) (vanuit de kinderopvang en het onderwijs) en jeugdzorg.

Leeswijzer
Dit *hoofdstuk B3* richt zich op de rol van de JGZ in het opsporen van psychosociale problemen. We focussen daarbij op vroegsignalering met behulp van de SDQ. In *paragraaf 3.2* schetsen we het gezondheidsprobleem. Daarna beschrijven we het gebruik en validiteit van de SDQ, verwijsgedrag en aanbod en bereik van vervolginterventies na vroegsignalering van psychosociale problemen (zie *paragraaf 3.3*). De effecten van vroegsignalering en vervolginterventies op gezondheid, participatie en kosten komen in *paragraaf 3.4* aan bod. In *paragraaf 3.5* worden ten slotte kansen en belemmeringen voor beleid en praktijk geschetst.

3.2 Probleemschets

Psychosociale problemen: emotionele, gedrags- of sociale problemen
Psychosociale problemen worden vaak ingedeeld in emotionele problemen (ofwel internaliserende problemen, zoals angst en depressie), gedragsproblemen (ofwel externaliserende problemen, zoals hyperactiviteit en agressie) en sociale problemen (problemen in het maken en onderhouden van contact met anderen), zoals pesten (Postma, 2008).
Emotionele problemen komen vaker voor bij meisjes en bij jongeren op het voorgezet onderwijs dan bij kinderen op de basisschool. Zo had ongeveer 3 procent van de jongeren tussen de 12 en 16 jaar in 2011 een angstige of depressieve periode die twee weken of langer duurde. Van de jongeren tussen de 16 en 20 jaar had 10 procent een angstige periode gekend en 13 procent een depressieve periode (CBS, 2010).
Gedragsproblemen lijken juist vaker voor te komen onder jongens en onder de jongere jeugd. Zo stelde de huisarts in 2011 bij 8 per 1.000 meisjes en bij 29 per 1.000 jongens tussen de 5 en 14 jaar de diagnose ‘hyperactiviteit’. Voor jongeren tussen de 15 en 24 jaar was dit bij 6 per 1.000 meisjes of vrouwen en bij 16 per 1.000 jongens of mannen (LINH, 2011). In 2009 vertoonde ongeveer 9 procent van de jongens en 4 procent van de meisjes tussen 12 en 16 jaar ‘structureel’ pestgedrag (twee keer per maand of vaker) (Dorsselaer et al., 2010).

Gevolgen van psychosociale problemen zijn aanzienlijk
Psychosociale problemen en stoornissen hebben grote gevolgen voor kinderen en hun omgeving. Onder jonger tussen de 15-24 jaar veroorzaken psychische stoornissen de meeste ziektelast. Psychische stoornissen staan bovenaan als verschillende ziekten en aandoeningen met elkaar worden vergeleken op basis van de hoeveelheid gezondheidsverlies die ermee gepaard gaat (jaren verloren door vroegtijdige sterfte en jaren geleefd met ziekte). Voor kinderen tussen 0 en 14 jaar staan psychische stoornissen op een vierde plaats na aangeboren afwijkingen, ongevallen en infectieziekten (Gommer et al., 2010). Bij twee derde van de jongeren die verzuimen van school, lijken achterliggende psychosociale problemen een rol te spelen (Vanneste & Lanser, 2012).

Gedragsproblemen in kindertijd voorspellen volwassen probleemgedrag
Hoe jonger kinderen zijn wanneer ze gedragsproblemen vertonen, hoe groter de kans op toekomstig probleemgedrag. Buitenlandse onderzoeksresultaten laten zien dat 25 procent van de kinderen met gedragsproblemen op latere leeftijd een gedragsstoornis ontwikkelt. Dit pleit voor signalering van gedragsproblemen onder jonge kinderen (Postma, 2008). Resultaten van Nederlands cohortonderzoek laten zien dat gedragsproblemen, autisme-spectrum- en ADHD-problemen behoorlijk goed voorspeld

kunnen worden op basis van door JGZ geregistreerde gegevens uit de vroege kindertijd (Jaspers, 2012).

Angst- en depressieklachten voorspellen psychosociale problemen 24 jaar later
Angstklachten manifesteren zich vaak al op jonge leeftijd; depressie begint vaak in de kindertijd en adolescentie. Angst- en depressieklachten kunnen lang onopgemerkt blijven (Kist & Boere, 2013). Langlopend cohortonderzoek laat zien dat bij 21 procent van Nederlandse kinderen met een afwijkende score op de Child Behavior Checklist (CBCL) 24 jaar later psychosociale problemen werden gevonden. Kinderen met angst- of depressieklachten hadden een twee keer verhoogde kans op psychosociale problemen 24 jaar later (Reef et al., 2009). De kans op een terugkerende depressie op volwassen leeftijd is 30 procent, blijkt uit Brits cohortonderzoek (Fombonne et al. , 2001). Resultaten van Nederlands cohortonderzoek laten zien dat emotionele problemen slechts beperkt kunnen worden voorspeld op basis van door JGZ geregistreerde gegevens uit de vroege kindertijd (Jaspers, 2012).

Door vroeg opsporen latere problemen of zware zorg mogelijk te voorkomen
Het idee achter vroegsignalering is dat het daardoor mogelijk wordt om vroeg in te grijpen en daarmee latere problemen en stoornissen, gevolgen van psychosociale problemen, of vermijdbare zorg en kosten te voorkomen of te verminderen (Postma, 2008). In *paragraaf 3.4* laten we zien dat dit idee slechts gedeeltelijk wordt ondersteund door onderzoeksresultaten.

3.3 Aanbod en bereik

Signaleringsvragenlijsten als hulpmiddel voor vroegsignalering psychosociale problemen
Eén van de basistaken van de JGZ bestaat uit vroegsignalering van psychosociale problemen bij kinderen en jongeren (Winter et al., 2013). Tijdens meerdere reguliere contactmomenten wordt een signaleringsvragenlijst afgenomen bij ouder of kind: in de voorschoolse periode (0-4 jaar), op de basisschool in groep 2 (5/6 jaar), groep 6/7 (10/11 jaar) en in de tweede klas van de middelbare school (13/14 jaar). In de tussenliggende perioden kunnen ook signaleringsvragenlijsten worden gebruikt bij vermoeden van problematiek.
In de JGZ-richtlijn 'Vroegsignalering van psychosociale problemen' (Postma, 2008) wordt aangeraden in groep 6/7 de SDQ te gebruiken. Op de basisschool worden de vragenlijsten door de ouders ingevuld, op het voortgezet onderwijs door de jongere zelf. De vragenlijst bevat vragen over het psychisch functioneren van het kind en de opvoedings- en gezinssituatie thuis. De SDQ is opgebouwd uit de volgende schalen: emotionele symptomen, gedragsproblemen, hyperactiviteit/aandachtstekort, problemen met leeftijdgenoten en pro sociaal gedrag. Voor elke schaal worden afkappunten aangeraden die normaal, grensgebied en verhoogd risico onderscheiden (GGD Nederland, 2006).

Validiteit SDQ in Nederland is goed voor verschillende leeftijdsgroepen
De SDQ is in Nederland gevalideerd voor de leeftijdsgroep van 7-12 jaar (Crone et al., 2008), 1116 jarigen (Widenfelt et al., 2003) en 3- en 4-jarigen (Theunissen et al., 2013). In een onderzoek onder ruim 700 Nederlandse kinderen van 7 tot en met 12 jaar zijn de SDQ-totaalscores, ingevuld door de ouders, vergeleken met de totaalscores van de ouderversie van de Child Behavior Checklist (CBCL). Deze blijken redelijk overeen te komen. De sensitiviteit is 0,80 en de specificiteit 0,92 als de CBCL-score als zogenaamde 'gouden standaard' wordt genomen. In deze studie had 10 procent van de kinderen een verhoogde

SDQ-totaalscore (Crone et al., 2008).

SDQ wordt niet als diagnostisch instrument gebruikt
De SDQ wordt in de JGZ niet als diagnostisch instrument gebruikt; daarvoor is vervolgonderzoek nodig. Een verhoogde SDQ-score wordt binnen de JGZ als hulpmiddel gebruikt voor het voeren van een gesprek met ouders en/of kind. Tijdens het gesprek wordt bepaald of er daadwerkelijk sprake is van problematiek, hoe zwaar de problematiek is en of er hulp nodig is (Postma, 2008).

Vervolgstappen na signalering liggen binnen of buiten JGZ
Wanneer op basis van vragenlijst en gesprek een probleem is gesignaleerd, wordt bepaald of een vervolginterventie is gewenst. De interventie kan bestaan uit: voorlichting en advies, instructie en (kortdurende) begeleiding en verwijzing. Als het ernstige problematiek betreft, wordt in overleg met de ouders een zorgcoördinator aangewezen; dit kan de JGZ zijn (Postma, 2008; Prinsen et al., 2012). Na signalering van problemen zijn, eventueel in afstemming met school, verschillende vervolgstappen mogelijk, zoals voorlichting, advies, instructie en (kortdurende) begeleiding of opvoedondersteuning door de JGZ (Prinsen et al., 2012). Of doorverwijzing vanuit de JGZ naar zorg in de eerste lijn (waaronder huisarts, (school)maatschappelijk werk, welzijnswerk, psycholoog, pedagoog), Bureau Jeugdzorg (BJZ), of tweedelijnszorg voor jeugd (jeugdzorg, jeugd-ggz, residentiële zorg) (Postma, 2008). De BJZ zijn tot 2015 verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor zorg voor jeugd naar de tweede lijn. BJZ zijn provinciaal georiënteerd en zullen na de stelselwijziging in deze vorm verdwijnen. In de provincie Groningen blijkt uit registraties dat de meeste kinderen in tweedelijnszorg terechtkomen via een verwijzing van de huisarts (Eijk et al., 2013).

Meerdere aanbevolen interventies voor kinderen met psychosociale problemen
Op de website van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) wordt een aantal interventies aangeraden die vanuit de JGZ aangeboden kan worden aan kinderen met psychosociale problemen. Het gaat daarbij om opvoedprogramma's, lespakketten op school, waaronder antipestprogramma's en weerbaarheidstrainingen (www.ncj.nl). De conceptrichtlijn JGZ 'Opvoedondersteuning' geeft een overzicht van aanbevolen interventies gericht op de opvoeding door ouders of verzorgers (Prinsen et al., 2012). De databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut (NJi) geeft een overzicht van jeugdinterventies onderscheiden naar probleemgebied, ernst, leeftijd, doel en erkenningsniveau. In de JGZ-richtlijn 'Vroegsignalering van psychosociale problemen' wordt hiernaar verwezen (Postma, 2008). Het Nederlands Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie geeft een overzicht van aanbevolen interventies in de jeugd-ggz.

Triple P, PRIMA en De Dappere kat zijn drie voorbeelden van aanbevolen interventies
Drie voorbeelden van aanbevolen interventies zijn: Triple P, PRIMA en De Dappere kat.
Triple P wordt aanbevolen in de Concept JGZ-richtlijn Opvoedondersteuning. Triple P staat voor Positive Parenting Program, ofwel Positief Pedagogisch Programma. Het doel is preventie en aanpak van psychosociale problemen bij kinderen tussen 0 en 16 jaar door opvoedingsondersteuning aan ouders. Er zijn vijf niveaus van massamediale voorlichting tot een intensief gezinsgericht programma. PRoef-IMplementatie Antiepestbeleid (PRIMA) is een antipestprogramma voor basisscholen. De scholen worden twee jaar begeleid bij het in- en uitvoeren van een integrale aanpak van pesten. De Dappere kat is een individuele cognitieve gedragstherapie voor kinderen van 8 tot 18 jaar met een angststoornis. In 12

wekelijkse bijeenkomsten wordt het kind in toenemende mate blootgesteld aan de beangstigende situatie. Tussen de bijeenkomsten door oefent het kind middels huiswerkopdrachten met nieuw gedrag om met zijn angst om te gaan. In *paragraaf 3.4* gaan we nader in op de effectiviteit van deze drie interventies.

Overgrote deel kinderen bereikt door JGZ: aantal doorverwijzingen vaak niet bekend
In een vragenlijstonderzoek onder 34 JGZ-instellingen gericht op kinderen tussen 4 en 19 jaar, gaf een kwart van de JGZ-instellingen aan dat ten minste 95 procent van de kinderen wordt bereikt met jeugdgezondheidszorg. 21 organisaties konden gegevens aanleveren over doorverwijzing en daarvan gaf 57 procent aan dat (bijna) alle kinderen die waren opgespoord met psychosociale problemen (vragenlijst en anamnese), waren doorverwezen of zorg hadden ontvangen. 24 procent van de JGZ-organisaties gaf aan dat de meerderheid of de helft van de kinderen met gesignaleerde problemen was doorverwezen, of zorg ontving, en voor de overige 20 procent betrof dit een minderheid of onbekend aantal kinderen (IGZ, 2009).

Meeste JGZ-instellingen gebruiken de SDQ
In 2010 gebruikte 86 procent van de JGZ-organisaties de SDQ als signaleringsvragenlijst voor psychosociale problemen bij kinderen in groep 6/7 van de basisschool (Bakker-Camu & Lijs-Spek, 2010). Een eerder vragenlijstonderzoek onder 34 JGZ-instellingen laat een percentage van 74 procent van de JGZ-instellingen zien dat de SDQ in groep 6/7 gebruikt. De overige instellingen gebruiken een eigen vragenlijst, of weten niet hoeveel kinderen ermee worden gescreend (IGZ, 2009).

Het zorggebruik door psychosociale problemen is de laatste jaren toegenomen
Er is een stijgende lijn in het aantal aanmeldingen van kinderen met psychosociale problemen bij de Bureaus Jeugdzorg. Het percentage 0-17-jarigen dat van Bureau Jeugdzorg in 2010 een nieuwe indicatie voor jeugdzorg kreeg, was 2,4 (ruim 85 duizend kinderen). In 2008 was dit percentage 2,0. Sinds 2005 (1,3 procent) is dit percentage elk jaar gestegen (Steketee et al., 2012). In 2009 kregen ruim 62.000 kinderen een jeugd-ggz behandeling: 45.000 jongens en 18.000 meisjes (GGZ Nederland, 2010). Een recente schatting, op basis van vragenlijstonderzoek onder ouders, van het totale gebruik van zorg voor jeugd (0-17 jaar) komt op 11 procent voor eerstelijnszorg en 7,5 procent voor tweedelijnszorg (Bot et al., 2013). Een schatting op basis van regionale registraties laat vergelijkbare cijfers zien (in 2011 en 2012 kreeg 14 procent van de Groningse jongeren eerstelijns- of licht pedagogische zorg en 7,1 procent kreeg tweedelijnszorg (Eijk et al., 2013).
Van de jongeren die gebruikmaken van tweedelijnszorg voor jeugd, maakt een groot deel ook gebruik van speciale voorzieningen in het onderwijs. Ruim één op de tien van hen heeft een rugzakje binnen het reguliere onderwijs. Van de jongeren in jeugd-ggz en jeugdzorg zit 20 tot 25 procent in het speciaal onderwijs (Bot et al., 2013). De toename van het gebruik kan voor een deel worden verklaard door de invoering van de Wet op de jeugdzorg (Wjz) in 2005. Sindsdien hebben alle jongeren met problemen recht hebben op professionele hulp. Ook de toename van het aantal eenoudergezinnen kan de toename gedeeltelijk verklaren; kinderen uit eenoudergezinnen maken significant vaker gebruik van zorg voor jeugd (Bot et al., 2013).

Mogelijk discrepantie tussen ernst van problemen en gebruik van tweedelijnszorg
Uit een onderzoek onder ouders blijkt sprake te zijn van een discrepantie tussen de ernst van psychosoci-

ale problemen en de tweedelijnszorg die kinderen krijgen. 57 procent van de ouders die ernstige problemen bij hun kind ervaren, geeft aan geen tweedelijnszorg te ontvangen. Andersom ervaart 40 procent van de ouders van de kinderen die wel tweedelijnszorg ontvangen, geen ernstige problemen bij hun kind (Bot et al., 2013). Ook in een onderzoek onder ruim 1.400 Nederlandse 16- en 17-jarigen wordt een discrepantie gevonden. Hierin ervaart 29 procent van de ouders psychosociale problemen bij hun kind. Van deze kinderen met psychosociale problemen ontvangt 29 procent tweedelijnszorg (Jansen et al., 2013). In het onderzoeksrapport 'Terecht in de jeugdzorg' worden hier verschillende mogelijke verklaringen voor gegeven. Dit zou in de eerste plaats verklaard kunnen worden door de betrouwbaarheid van ouderrapportage. Ook worden de mate van kwetsbaarheid van het gezin, de opvangmogelijkheden van het gezin in de eigen omgeving, de manier van omgang met problemen en overwegingen van ouders, als mogelijk verklarende factoren genoemd. Ten slotte spelen ook de langdurigheid van indicatiestelling en wachtlijsten voor tweedelijnszorg hierin een rol (Bot et al., 2013). Het onderzoek van Jansen en collega's vindt verklarende factoren zes jaar voorafgaand aan de ontwikkeling van psychosociale problemen (Jansen et al., 2013). Deze factoren hebben vooral te maken met scheiding of psychosociale problemen bij de ouders.

Weinig bekend over gebruik aanbevolen interventies
Het gebruik van veel van de aanbevolen interventies in de praktijk is niet bekend (www.nji.nl). De resultaten van vragenlijstonderzoek onder 34 JGZ-organisaties laat het aantal interventies zien waarnaar JGZ-organisaties in 2009 doorverwijzen. 'Opvoeden: zó!' wordt door ongeveer 75 procent van de onderzochte JGZ-instellingen aangeboden en 'Beter omgaan met pubers' door ruim 70 procent (IGZ, 2009).

3.4 Effecten en kosten

De kosten van JGZ vormen een klein deel van de totale gezondheidszorgkosten voor jongeren
Er is geen recente schatting van de totale kosten van de JGZ. De kosten van screeningen in de JGZ werden in 2007 geschat op 105 miljoen euro; het Rijksvaccinatieprogramma werd geschat op 64 miljoen euro (samen 169 miljoen euro) (Post et al., 2010). Een andere schatting van de totale kosten van de JGZ komt op 433 miljoen euro in 2007 (Verloove-Vanhorick & Reijneveld, 2007).

Nog niet bekend of vroegsignalering leidt tot gezondheidswinst en afname zorgkosten
In hoeverre vroegsignalering tot de gewenste vervolgstappen, tot minder psychosociale problemen, minder zorggebruik en daarmee minder kosten leidt, is niet precies bekend. Het effect op gezondheid, zorggebruik en kosten hangt naast de validiteit van de opsporing vooral af van de vervolgstappen die daarna worden gezet. Het is niet precies bekend op welke leeftijd(en) en hoe vaak zou moeten worden gesignaleerd om tot optimale gezondheidswinst op de korte en lange termijn te leiden. Vanwege de grote gevolgen van psychosociale problemen voor kinderen en volwassenen op onder andere kwaliteit van leven, zorgkosten en participatie, is de potentieel te behalen winst enorm. Als voldoende is geborgd dat kinderen die worden opgespoord met psychosociale problemen een effectieve behandeling krijgen, die (op de lange termijn) tot een afname in psychosociale problemen leidt, dan mag worden aangenomen dat vroegsignalering op populatieniveau tot gezondheidswinst en lagere zorgkosten leidt. Uit een meta-analyse van Cuijpers blijkt, dat er 31 schoolgaande jongeren gescreend (zelfrapportage) moeten

worden om één depressie succesvol te behandelen (Cuijpers et al., 2006).

Beperkt aantal bewezen effectieve jeugdinterventies
De Databank Effectieve Jeugdinterventies geeft een overzicht van erkende interventies. De databank bevat eind 2012 ruim 150 interventies die als 'theoretisch goed onderbouwd' erkend zijn, tien interventies met erkenning 'waarschijnlijk effectief' en vijf interventies die 'bewezen effectief' zijn. De bewezen effectieve interventies zijn divers, onder andere: voor ouders en/of kinderen, zorginterventies, preventieve interventies en, lesprogramma's op school. Van de meeste interventies zijn echter geen gegevens over effectiviteit bekend, maar is werkzaamheid alleen aannemelijk op basis van een theoretische onderbouwing.

Effectiviteit van Triple P, PRIMA en De Dappere kat: drie voorbeelden van interventies
- Triple P is erkend als 'theoretisch goed onderbouwd' (www.nji.nl). Verschillende niveaus van deze interventie worden in Nederland in een aantal RCT's onderzocht, maar de resultaten daarvan zijn nog niet bekend. In meerdere meta-analyses van buitenlandse studies naar verschillende niveaus van deze interventie, rapporteren ouders een betere opvoedstijl en minder ongewenst en meer positief gedrag van de kinderen (Prinsen et al., 2012).
- PRIMA-anti-pestmethode heeft het label 'waarschijnlijk effectief' (www.nji.nl). Resultaten van een quasi-experimentele studie laten zien dat het aantal gepeste kinderen in het eerste jaar daalde van 21 naar 14 procent op scholen die werken met PRIMA; op controlescholen nam dit af van 21 naar 16 procent. Er was geen significant verschil in het aantal leerlingen dat andere leerlingen pest (een daling van 8 naar 6 procent) ten opzichte van de controlescholen (een afname van 7 naar 6 procent) (Dorst et al., 2008).
- De Dappere kat is één van de vijf bewezen effectieve interventies in de Databank Effectieve Jeugdinterventies van NJi (www.nji.nl). Resultaten van een RCT laten zien dat na afloop van de behandeling 54 procent van de kinderen niet meer aan de criteria voor een angststoornis voldeed tegenover 10 procent van de kinderen op de wachtlijst. Dit verschil bestond een jaar later nog.

Potentieel grote effecten op toekomstige school- en arbeidsparticipatie
Kinderen met gedragsproblemen en kinderen met emotionele problemen vormen risicogroepen voor voortijdig schoolverlaten. Dat wil zeggen stoppen met school, voordat een startkwalificatie is behaald. Een startkwalificatie is een diploma dat voldoende waarde heeft om aan de arbeidsmarkt deel te nemen: ten minste een vmbo-diploma. Er kan worden aangenomen dat, wanneer vroegsignalering en zorg tot vermindering van psychosociale problemen leiden, dit ook gunstige effecten heeft op de kans om een startkwalificatie te behalen en daarmee tot gunstiger voorwaarden leidt voor toekomstige arbeidsparticipatie. Er zijn daarmee potentieel grote effecten van vroegsignalering en vroege behandeling te behalen op toekomstige school- en arbeidsparticipatie. De JGZ heeft vanuit haar rol in de zorg- en adviesteams (ZAT) een directe betrokkenheid in het signaleren van risicokinderen voor schoolverzuim en voortijdig schoolverlaten (www.aanvalopschooluitval.nl). Of deze potentiële effecten daadwerkelijk optreden, is op dit moment niet goed te zeggen: onderzoek ontbreekt.

JGZ lijkt kosteneffectief
In de conceptrichtlijn JGZ 'Opvoedondersteuning' (Eijk et al., 2013) wordt op basis van de resultaten van een aantal buitenlandse kosteneffectiviteitsanalyses van opvoedingsondersteuning geconcludeerd, dat

het rendement van vroege investeringen in het opvoeden en opgroeien groter is dan dat van latere investeringen. Het rendement kan via twee strategieën worden verkregen: 1) door het vroeg aanbieden van programma's en activiteiten die bij een groot publiek tot een klein effect leiden (met een groot netto rendement) of 2) via het inzetten van programma's en activiteiten die bij een kleine specifieke doelgroep tot een groot effect leiden.

3.5 Kansen en belemmeringen

Stelselwijziging biedt kansen voor afname gebruik van tweedelijnszorg voor jeugd
De stelselwijziging biedt kansen voor het verbeteren van de zorg voor de jeugd door enerzijds te 'ontzorgen en te normaliseren' en anderzijds tijdig te signaleren als er problemen zijn. Door er vroeg bij te zijn, meer uit te gaan van de eigen kracht van mensen, kinderen niet onnodig te 'labelen' als problematisch, gezinnen zoveel mogelijk in de thuissituatie te ondersteunen, en zo nodig tijdig eerstelijnszorg in te schakelen, is doorverwijzing naar tweedelijnszorg mogelijk te voorkomen. Dit biedt kansen de huidige groei in gebruik van jeugdzorg en jeugd-ggz een halt toe te roepen. De JGZ kan hierin een belangrijke bijdrage leveren, bijvoorbeeld als onderdeel van een eerstelijnszorgnetwerk vanuit een CJG (Winter et al., 2013). Om tot een daadwerkelijke afname in het aantal doorverwijzingen naar tweedelijnszorg voor jeugd te komen, zal ook de huisarts er als belangrijke poortwachter (Eijk et al., 2013) bij moeten worden betrokken.

Overzicht over traject van vroegsignalering tot en met afronding zorg ontbreekt
Er is weinig inzicht in hoeveel kinderen met een verhoogd risico volgens de vragenlijst van de JGZ daadwerkelijk een probleem/stoornis hebben, hoe ernstig de problematiek is en welke interventie zij krijgen aangeboden. Het is niet bekend welke interventies hoe vaak worden ingezet en of dit effectieve interventies zijn. Het aanbod van jeugdzorg en jeugd-ggz is versnipperd. Er is een groeiend gebruik en er lijkt soms discrepantie tussen de ernst van psychosociale problemen en zorggebruik. Evaluatie van de zorg na doorverwijzing door de JGZ en terugrapportage naar de JGZ, lijken vaak niet te gebeuren (IGZ, 2009; Prinsen & Kalthof, 2009). Het is nodig dat er een betere en eenduidige registratie komt voor signalering, verwijzing en monitoring, zodat er zicht komt op de ernst en omvang van de zorgvraag en of er goede afstemming is tussen JGZ en zorg. Het digitaal dossier (DD-JGZ) biedt hiervoor mogelijkheden, maar voor het op landelijk niveau geaggregeerd en geanonimiseerd gebruik kunnen maken van de gegevens, zal eerst een aantal obstakels weggenomen moeten worden (Meuwissen, 2013). Het traject Jeugd in Beeld (www.ncj.nl) werkt hieraan.

Flexibilisering JGZ biedt kansen voor extra aandacht voor hoogrisicogroepen
Er komt een nieuw contactmoment binnen de JGZ, waarbij jongeren op de leeftijd van 15/16 jaar worden uitgenodigd (Heerwaarden, 2013). Het signaleren van psychosociale problemen wordt als belangrijk onderdeel van dit adolescentenconsult aangemerkt. Daarnaast wordt binnen de JGZ onderzocht in hoeverre er onderscheid in vorm, duur en aantal contactmomenten kan worden gemaakt, afhankelijk van de zorgbehoefte (Dubbeldam-Weststrate & Beckers 2012). Contactmomenten kunnen zowel individueel als per groep of digitaal plaatsvinden. Niet voor iedereen zal hetzelfde aantal contactmomenten nodig zijn. Voor kwetsbare groepen zijn meer contactmomenten geïndiceerd. Ouders met een tweede of derde kind zouden, wanneer zich geen bijzonderheden hebben voorgedaan in voorgaande consulten, met

minder contactmomenten toe kunnen (Deurloo et al., 2012; Winter et al., 2013). Flexibilisering en beschikbaarheid van goede vragenlijsten voor verschillende leeftijdsmomenten bieden kansen om de JGZ vooral te richten op de groepen met de hoogste risico's. Onbekend is echter nog, hoe dit dan het beste kan worden gedaan en hoe (kosten)effectief dat is.

B4 Bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker

4.1 Inleiding

Baarmoederhalskanker door hoogrisico humaan papillomavirus (hrHPV)
In Nederland krijgen elk jaar circa 700 vrouwen baarmoederhalskanker. Dit komt neer op 2 procent van alle nieuwe kankergevallen bij vrouwen. Elk jaar sterven tussen de 190 en 250 vrouwen aan baarmoederhalskanker. Recentelijk is ontdekt dat een infectie met het hoogrisico humaan papillomavirus (hrHPV) een belangrijke rol speelt in het ontstaan van baarmoederhalskanker. Dit virus komt relatief vaak voor en is overdraagbaar via seksueel contact. De meeste varianten zijn onschuldig en leiden tot infecties van voorbijgaande aard, maar twee hoogrisicovarianten zorgen samen voor het ontstaan van ongeveer 70 procent van de gevallen van baarmoederhalskanker.

Vaccinatieprogramma én bevolkingsonderzoek ter preventie van baarmoederhalskanker
Naast het voorkómen van hrHPV-infectie bij meisjes vanaf 12 jaar door vaccinatie, wordt ook ingezet op het vroegtijdig opsporen en behandelen van voorstadia van baarmoederhalskanker door het aanbieden van screening aan vrouwen van 30-60 jaar. In het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker worden door middel van microscopisch celonderzoek (cytologie) afwijkende cellen opgespoord, voordat deze zich tot kanker hebben ontwikkeld. De kans op genezing na behandeling van voorstadia is bijna 100 procent.

Gezondheidsraad adviseert om opzet van bevolkingsonderzoek te wijzigen
In 2011 heeft de Gezondheidsraad een advies uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport om de opzet van het bevolkingsonderzoek te wijzigen. De belangrijkste wijziging betreft het aanbieden van een nieuwe screeningstest. Bij deze test wordt primair gescreend op de aanwezigheid van het virus (hrHPV) en pas als dit aanwezig is, wordt gekeken naar celafwijkingen. Momenteel voert het Centrum voor Bevolkingsonderzoek (CVB) van het RIVM een uitvoeringstoets uit, waarin de haalbaarheid

van een gewijzigde opzet van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker in kaart wordt gebracht. De minister zal mede op basis van deze informatie een definitief besluit nemen of het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker wordt gewijzigd.

Leeswijzer
In dit *hoofdstuk B4* schetsen we eerst de omvang van het gezondheidsprobleem (*paragraaf 4.2*). Daarna beschrijven we het aanbod en bereik van het (huidige) bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker (zie *paragraaf 4.3*). De effecten van het bevolkingsonderzoek op gezondheid, participatie en kosten komen in de daaropvolgende *paragraaf* aan bod (zie *paragraaf 4.4*). Ten slotte (zie *paragraaf 4.5*) gaan we in op kansen en belemmeringen voor het bevolkingsonderzoek in de toekomst, rekening houdend met de voorgestelde wijzigingen in het rapport van de Gezondheidsraad (2011).

4.2 Probleemschets

Elk jaar circa 700 nieuwe gevallen van baarmoederhalskanker in Nederland
Baarmoederhalskanker (BMHK) is 'een kwaadaardige afwijking van het oppervlakteweefsel op de grens van baarmoederhals en baarmoedermond' (Achterberg et al., 2010). In Nederland krijgen elk jaar circa 700 vrouwen baarmoederhalskanker. Dit komt neer op 2 procent van alle nieuwe kankergevallen bij vrouwen (Gezondheidsraad, 2011). In 2011 waren er 749 nieuwe gevallen van baarmoederhalskanker. De incidentie van baarmoederhalskanker, uitgedrukt in de European Standardized Rate, daalde in Nederland van 9,1 per 100.000 vrouwen in 1989 tot 7,9 per 100.000 in 2011 (IKNL, 2013). Deze vorm van kanker komt relatief vaak voor bij vrouwen tussen de 30 en de 50 jaar. Baarmoederhalskanker heeft een vijfjaarsoverleving van 67 procent. In 2011 stierven er 189 vrouwen aan baarmoederhalskanker (CBS Doodsoorzakenstatistiek/Statline, 2013).

Ontstaan baarmoederhalskanker hangt samen met hrHPV
Bij het ontstaan van baarmoederhalskanker speelt een langdurige infectie met het humaan papillomavirus (hrHPV) een belangrijke rol. Het hrHPV is overdraagbaar via seksueel contact. Het virus komt relatief vaak voor. Er bestaan meer dan honderd varianten van het hrHPV; de meeste varianten zijn onschuldig en leiden tot infecties van voorbijgaande aard. Een tweetal hoogrisicovarianten zorgt voor het ontstaan van ongeveer 70 procent van de gevallen van baarmoederhalskanker. Een langdurige infectie met het hrHPV kan op den duur leiden tot celafwijkingen: een voorstadium van baarmoederhalskanker. Deze voorstadia worden ook wel aangemerkt als CIN (cervicale intraepitheliale neoplasie), waarbij CIN1 lichte afwijkingen betreft, CIN2 matige en CIN3 ernstige afwijkingen. In veel gevallen verdwijnen deze voorstadia echter spontaan. Het kan tien tot vijftien jaar duren voordat voorstadia zich ontwikkelen tot baarmoederhalskanker (Gezondheidsraad, 2011). De aanwezigheid van het virus alleen is echter niet voldoende voor het ontstaan van baarmoederhalskanker. Er zijn aanwijzingen dat het gaat om een wisselwerking tussen het virus, het immuunsysteem en de genetische achtergrond van de vrouw (Gezondheidsraad, 2008).

Bevolkingsonderzoek gericht op voorkomen en genezen van baarmoederhalskanker
Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker is gericht op het vroegtijdig opsporen en behandelen van (de voorstadia van) baarmoederhalskanker bij volwassen vrouwen in de leeftijd van 30-60 jaar.

Dit is goed mogelijk bij baarmoederhalskanker, omdat de ziekte zich langzaam ontwikkelt. Door middel van cytologisch onderzoek (het uitstrijkje) kunnen afwijkende cellen worden opgespoord voordat deze zich tot kanker hebben ontwikkeld.

Sinds 2010 hrHPV-vaccinatie ingevoerd voor meisjes
Op basis van een Gezondheidsraadadvies uit 2008 (Gezondheidsraad, 2008) krijgen meisjes vanaf 12 jaar (een leeftijd waarop de meeste meisjes nog niet seksueel actief zijn) een uitnodiging om zich te laten vaccineren tegen twee van de hoogrisicovarianten van hrHPV. hrHPV-vaccinatie is opgenomen als onderdeel van het Rijksvaccinatieprogramma en wordt uitgevoerd door de Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) of het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). Er zijn drie vaccinaties nodig die in een periode van een halfjaar worden toegediend.

4.3 Aanbod en bereik

Van ongeorganiseerde screening naar centraal georganiseerde screening
Vanaf 1976 is in Nederland sprake van een georganiseerde screening naar baarmoederhalskanker. Daarvóór was de screening vaak opportunistisch in de vorm van pilcontrole. In de jaren zeventig van de vorige eeuw volgde een aantal proeven met bevolkingsonderzoek in de regio's Nijmegen, Rotterdam en Utrecht, maar het duurde tot na 1991 voordat het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker landelijk werd ingevoerd. Vijf jaar later vond er een aanpassing van het bevolkingsonderzoek plaats (RIVM, 2013). Een van de wijzigingen was het terugbrengen van de frequentie van de screening van eens per drie jaar naar eens per vijf jaar. De screening richtte zich niet langer op 35-53 jarigen maar op 30-60 jarigen. Sinds 2006 is de landelijke coördinatie belegd bij het Centrum voor Bevolkingsonderzoek van het RIVM. De uitvoering van het bevolkingsonderzoek is regionaal georganiseerd en is in handen van vijf screeningsorganisaties.

Huidig bevolkingsonderzoek: vijfjaarlijks uitstrijkje voor vrouwen van 30-60 jaar
Het huidige bevolkingsonderzoek bestaat uit het vijfjaarlijks maken van een uitstrijkje bij vrouwen in de leeftijd van 30- 60 jaar. De huisarts – maar meestal de doktersassistente – maakt een uitstrijkje van de cellen in de baarmoederhals en stuurt dit vervolgens naar een laboratorium om te onderzoeken op aanwezigheid van afwijkende cellen. Dit microscopisch celonderzoek wordt ook wel cytologie genoemd. Als er ernstig afwijkende cellen worden gevonden, verwijst de huisarts door naar de gynaecoloog. Bij lichte afwijkingen wordt na zes maanden opnieuw een uitstrijkje gemaakt. Bij het onderzoek na zes maanden vindt naast de cytologische beoordeling vaak een HPV-test plaats. Als de uitslag niet afwijkend is, wordt na achttien maanden opnieuw een uitstrijkje gemaakt.

Verschillen tussen huisartspraktijken in uitnodigingsstrategie en uitvoering
De vijf regionale screeningsorganisaties zijn verantwoordelijk voor het vijfjaarlijks uitnodigen van alle vrouwen uit de doelgroep. Sommige screeningsorganisaties nodigen vrouwen rechtstreeks uit; andere screeningsorganisaties delegeren het uitnodigen aan de huisartspraktijken in de regio. Landelijk ontvangt ongeveer de helft van de vrouwen een uitnodiging via haar huisarts (Gezondheidsraad, 2011).

Verschillende behandelstrategieën, afhankelijk van de ernst van baarmoederhalskanker
Wanneer in het laboratorium ernstig afwijkende cellen zijn gevonden na een uitstrijkje, vindt doorverwijzing plaats naar de gynaecoloog. Daar wordt via diagnostisch onderzoek vastgesteld of er daadwerkelijk sprake is van een voorstadium of van baarmoederhalskanker, en wordt de ernst vastgesteld. Milde voorstadia worden niet altijd behandeld, omdat de kans op regressie zeer groot is (70 procent). Wel wordt een jaar later opnieuw een uitstrijkje gemaakt. Bij baarmoederhalskanker wordt, afhankelijk van de omvang en de mate van doorgroei, een klein stukje weefsel weggenomen of wordt de gehele baarmoeder met eventueel omliggend weefsel verwijderd. De behandeling wordt eventueel uitgebreid met radiotherapie en/of chemotherapie. Ook vrouwen die zijn behandeld voor baarmoederhalskanker krijgen 6, 12 en 24 maanden daarna herhaaluitstrijkjes aangeboden (Helmerhorst, 2007).

Geïnformeerde keuze

Steeds meer aandacht voor geïnformeerde keuze in screeningsbeleid
Naast het behalen van gezondheidswinst is de laatste jaren ook het kunnen maken van een goed geïnformeerde keuze een belangrijk aspect van het screeningsbeleid (VWS, 2012; VWS, 2008). Naast voordelen op populatie- en individueel niveau kunnen er op individueel niveau ook nadelen zitten aan deelname aan een screeningsprogramma. Zo kan er bijvoorbeeld sprake zijn van overbehandeling. Sommige afwijkingen kunnen namelijk ook vanzelf verdwijnen; behandeling was dan niet nodig geweest. Het is van belang dat de doelgroep vooraf goed wordt voorgelicht, zodat iedereen een individuele afweging van de voor- en nadelen van deelname kan maken (RIVM, 2012c). Dit wordt ook wel een goed geïnformeerde keuze of informed choice genoemd. In de internationale literatuur wordt de definitie van Marteau et al. (2001) vaak gebruikt: ‘Een goed geïnformeerde keuze is gebaseerd op voldoende relevante kennis en is in overeenstemming met de attitude van het individu.’ Een goed geïnformeerde keuze kan resulteren in deelname (kennis voldoende, attitude positief en deelname), maar ook in niet-deelname (kennis voldoende, attitude negatief en geen deelname).

Mate van informed choice lastig in te schatten, maar voor verbetering vatbaar
Er zijn enkele studies gedaan naar de mate van informed choice onder vrouwen die worden uitgenodigd voor deelname aan het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. De studies zijn echter niet met elkaar te vergelijken, vanwege verschillen in doelgroep en methodologie. In 2006 is gekeken naar het percentage vrouwen (30-60 jaar) dat deelneemt aan het bevolkingsonderzoek en dat een goed geïnformeerde keuze maakt. De onderzoekers vinden een percentage van 68 procent (Korfage et al., 2011). Van Agt et al. (2008) vinden op basis van alleen een voormeting (vrouwen die nog voor het eerst uitgenodigd moeten worden), dat 31 procent van de vrouwen een goed geïnformeerde keuze maakt. Brouwer & De Heer (2009) hebben gekeken naar het effect van het tijdschrift *Lijf & Leven* dat voorafgaand aan de uitnodiging voor het bevolkingsonderzoek naar alle potentiële deelneemsters is verstuurd. In de studies lijkt sprake te zijn van een selecte onderzoeksgroep (selectiebias), waardoor de gevonden resultaten hoger uitgevallen kunnen zijn dan in werkelijkheid het geval is (Van den Berg, 2010).

Deelnamepercentage bevolkingsonderzoek rond 64 procent
Het bereiken van de doelgroep is een belangrijke voorwaarde voor een effectief bevolkingsonderzoek, waarbij zoveel mogelijk gezondheidswinst wordt geboekt (Gezondheidsraad, 2011). In 2011 namen ruim 480.000 vrouwen binnen één jaar en drie maanden deel aan het bevolkingsonderzoek: 64 procent van het

Tabel B4.1: Deelname baarmoederhalskankerscreening in EU-landen in 2008 met een landelijk georganiseerd screeningsprogramma (Bron: Bastos et al., 2010).

EU-land	Participatie (%)	Leeftijdscategorie (jaar)	Screeningsfrequentie (jaar)
Verenigd Koninkrijk	79,1	25-64	3 / 5
Noorwegen	77,0	25-69	3
Finland	71,0	30-60	5
Slovenië	70,0	20-64	3
Nederland	69,0	30-60	5
Hongarije	52,6	25-65	3
Oostenrijk	50,0 / 75,0	20-49 / 50-69	1
Spanje	41,5	25-65	3
Italië	36,7	25-64	3
Ierland	21,8	25-60	3 / 5
Estland	20,0	30-59	5
Frankrijk	10,2-17,8	26-65 / 50-74	2 / 3

totaal aantal opgeroepen vrouwen (LEBA, 2012). Het deelnamecijfer in Nederland is relatief hoog in vergelijking met andere EU-landen, zie *tabel B4.1* (Bastos, 2010). Naast het deelnamecijfer kan de opkomst ook worden uitgedrukt in beschermingsgraad of vijfjaarsbereik. Van de vrouwen in de leeftijdsgroep die voor screening in aanmerking komt, heeft 78 procent in de afgelopen vijf jaar een uitstrijkje laten maken, zowel binnen het bevolkingsonderzoek of daarbuiten. 69 procent van de vrouwen heeft de afgelopen vijf jaar een uitstrijkje in het kader van het bevolkingsonderzoek laten maken (LEBA, 2012).

Verschillen in deelname naar opleiding, etniciteit en woongebied

Er zijn duidelijke verschillen in deelname (op basis van registraties): jonge vrouwen (starters), laagopgeleide vrouwen en vrouwen met een niet-westerse afkomst nemen minder vaak deel aan het bevolkingsonderzoek. Zo liet in 2002-2003 59 procent van de Marokkaanse vrouwen in Zuidwest-Nederland een uitstrijkje maken ten opzichte van 70 procent van de Nederlandse vrouwen (totaal bruto deelnamecijfer: 69 procent). Bruto deelnamecijfers onder laag- en hoogopgeleiden waren in deze regio respectievelijk 66 en 74 procent (De Nooijer, 2005). Deelname varieerde in 2011 tussen 53 procent onder 30-jarige vrouwen en 68 procent onder 50-jarige vrouwen. De deelname in de leeftijdsgroep tussen 30 en 50 jaar neemt toe met de leeftijd. Voor vrouwen ouder dan 50 jaar neemt de deelname weer iets af tot 65 procent onder 60-jarigen (LEBA, 2012).Niet-deelneemsters zijn vaker drager van een hoogrisico-HPV-variant dan vrouwen die wel deelnemen aan het bevolkingsonderzoek (10 versus 5 procent) (Gezondheidsraad, 2011).

Verschillen in deelnamecijfers tussen huisartspraktijken

Er bestaan aanzienlijke verschillen in deelnamecijfers tussen screeningsregio's en tussen huisartspraktijken. Regionale opkomstcijfers uit 2007 variëren tussen de 67 en 82 procent voor praktijken die zelf de uitnodigingen versturen en tussen 54 en 66 procent, wanneer de screeningsorganisatie de uitnodigingen verstuurt (Knops-Dullens, 2009). Vooral voor vrouwen uit de groepen die de laagste deelname hebben,

lijkt het effect van de huisartsuitnodiging het grootst (De Nooijer, 2005). Verschillende factoren kunnen deze verschillen verklaren. In een literatuuroverzicht uit 2009 worden onder andere het geven van een concrete datum en tijd, een schriftelijke of telefonische herinnering, speciale aandacht voor moeilijk bereikbare groepen, kennis van de doktersassistente en de uitstrijkjes laten uitvoeren door een vrouw, genoemd als factoren die deelname bevorderen (Knops-Dullens, 2009).

4.4 Effecten en kosten

Bij ruim 5 procent van de deelneemsters blijkt iets niet in orde na screening
Van de vrouwen die deelnamen aan het bevolkingsonderzoek in 2011 was bij 5,8 procent sprake van een afwijkende testuitslag. Bij 1,7 procent was het uitstrijkje niet te beoordelen en moest dit na zes weken worden herhaald; 3,2 procent kreeg het advies om na zes maanden opnieuw een uitstrijkje laten maken en 0,8 procent kreeg het advies direct een gynaecoloog te consulteren voor nader onderzoek. In 2010 werden bij 10 procent van de vrouwen die een advies hadden gekregen om de gynaecoloog te bezoeken, geen afwijkingen gevonden. Bij 12 procent werden licht afwijkende cellen (CIN1) gevonden, waarvoor geen behandeling nodig is. Bij 20 procent van de vrouwen die de gynaecoloog bezoeken, werden matig afwijkende cellen (CIN2) gevonden, bij 55 procent werden ernstige laesies (CIN3+) aangetroffen en bij 3 procent van de vrouwen was sprake van baarmoederhalskanker. Sommige vrouwen die na zes maanden opnieuw een uitstrijkje laten maken, worden alsnog naar de gynaecoloog verwezen. Bij deze vrouwen worden minder vaak ernstige afwijkingen geconstateerd (LEBA, 2012).

Bevolkingsonderzoek draagt bij aan lagere sterftekansen door baarmoederhalskanker
De afgelopen 25 jaar is de sterfte ten gevolge van baarmoederhalskanker met meer dan de helft afgenomen (Van den Berg, 2010). Aangezien er geen trials naar de effectiviteit van baarmoederhalskanker zijn uitgevoerd, is er geen harde evidentie dat deze daling door de screening wordt veroorzaakt. Verschillende patiëntcontrole- en cohortonderzoeken laten echter zien dat vrouwen die meedoen aan het bevolkingsonderzoek een 66 tot 80 procent lagere kans hebben om te overlijden aan baarmoederhalskanker (Gezondheidsraad, 2011). In het eerste jaar na screening is de verminderde sterftekans het grootst, daarna neemt dit af. Voor oudere vrouwen geldt dat het preventieve effect groter is dan voor jongere vrouwen. Als we ervan uitgaan dat het bevolkingsonderzoek voor 30 procent bijdraagt aan de sterftereductie, dan geven modelschattingen aan dat door uitvoering van het bevolkingsonderzoek (BVO) jaarlijks ten minste 330 gevallen van baarmoederhalskanker kunnen worden voorkomen en dat 175 vrouwen minder aan deze ziekte overlijden (Gezondheidsraad, 2011).

Bevolkingsonderzoek heeft ook negatieve effecten
Het bevolkingsonderzoek heeft ook negatieve effecten. Wanneer afwijkingen worden geconstateerd leidt dit tot vervolgonderzoeken en, hiermee samenhangend, spanning en onzekerheid (Korfage et al., 2010). Een deel van de lichte afwijkingen (voorstadia) zou ook vanzelf verdwijnen. Volgens informatie van het LEBA verdwijnt waarschijnlijk bij 65 van de 100 vrouwen een lichte afwijking vanzelf. Bij vrouwen met een ernstige afwijking heeft uiteindelijk 1 op de 25 daadwerkelijk baarmoederhalskanker (LEBA, 2012). Het is dus van belang om de gezondheidswinst van baarmoederhalskankerscreening mede af te zetten tegen de negatieve effecten van screening, zoals overbehandeling en de fysieke en psychologische belasting van vrouwen die onterecht worden doorverwezen voor vervolgonderzoek.

Participatie-effecten baarmoederhalskanker in theorie groot
Baarmoederhalskanker treft vrouwen die vanuit maatschappelijk perspectief midden in het leven staan. In theorie zou het vóórkomen van baarmoederhalskanker dan ook een groot effect kunnen hebben op de maatschappelijke participatie in Nederland. De omvang van de groep vrouwen is echter relatief beperkt; het aantal vrouwen dat jaarlijks baarmoederhalskanker krijgt, is in vergelijking met bijvoorbeeld het aantal vrouwen dat borstkanker krijgt relatief klein (Gommer & Poos, 2013). Gepubliceerde cijfers die een indicatie kunnen geven van de maatschappelijke gevolgen van baarmoederhalskanker zijn er – voor zover bij ons bekend – niet.

Het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker kost jaarlijks circa 30 miljoen euro
Het bevolkingsonderzoek kost jaarlijks in totaal 30 miljoen euro en wordt gefinancierd door de Rijksoverheid. Daarvan wordt ongeveer 28 miljoen euro besteed aan de uitvoering van het onderzoek en ongeveer twee miljoen euro gaat naar het RIVM voor de uitvoering van de regietaak en de monitoring van het bevolkingsonderzoek. De screeningsorganisaties ontvangen de kosten voor de uitvoering en betalen vervolgens de huisarts en het laboratorium. De tarieven voor de huisarts en het laboratorium worden jaarlijks door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) vastgesteld. In 2010 ontvingen de screeningsorganisaties bijna 55 euro voor elke vrouw die een uitstrijkje heeft gemaakt (CVB, 2012).

Kosteneffectiviteit van het bevolkingsonderzoek is gunstig
De kosteneffectiviteit van het huidige bevolkingsonderzoek wordt in twee modelberekeningen geschat op 5.900 of 11.300 euro per QALY (voor kwaliteit gecorrigeerd gewonnen levensjaar) vergeleken met de denkbeeldige situatie waarin geen screening plaatsvindt (Gezondheidsraad, 2011). Deze bedragen verschillen door de gekozen disconteringspercentages (correctie voor kosten en effecten in de toekomst) (Gezondheidsraad, 2011). Beide bedragen vallen ruim onder de vaak gehanteerde grenswaarde van 20.000 euro per QALY. In de modelberekeningen wordt uitgegaan van zeven screeningsrondes voor iedere vrouw (Gezondheidsraad, 2011).

4.5 Kansen en belemmeringen

Gezondheidsraad bepleit aanpassing opzet bevolkingsonderzoek
Er zijn kansen om het bevolkingsonderzoek verder te verbeteren. Zo bestaat er een nieuwe screeningstest. Zijn er mogelijkheden om het vervolgonderzoek na een afwijkende screeningstest te verbeteren, en zou het aantal screeningsrondes teruggebracht kunnen worden van zeven naar vijf (Gezondheidsraad, 2011)? In modelberekeningen wordt geschat dat deze wijzigingen extra gezondheidswinst kunnen opleveren ten opzichte van de huidige opzet van het bevolkingsonderzoek. Er wordt geschat dat per jaar 75 nieuwe gevallen van baarmoederhalskanker en bijna 20 sterfgevallen extra kunnen worden voorkomen door aanpassing van het bevolkingsonderzoek. Er wordt ook geschat dat de nieuwe opzet tot lagere kosten zal leiden. De combinatie van meer gezondheidswinst en lagere kosten leidt tot een gunstigere kosteneffectiviteit. De schattingen variëren tussen 4.100 en 8.700 euro per QALY vergeleken met de denkbeeldige situatie waarin niet wordt gescreend (Gezondheidsraad, 2011). De praktische consequenties van een nieuwe opzet worden door het Centrum voor Bevolkingsonderzoek onderzocht in een uitvoeringstoets. De minister van VWS neemt op basis van onder andere de uitvoeringstoets een besluit of de nieuwe opzet wordt ingevoerd.

Goede voorlichting van groot belang
Door de nadruk op de rol van hrHPV bij het ontstaan van baarmoederhalskanker in de nieuwe opzet van het bevolkingsonderzoek, is goede voorlichting over de relatie tussen het seksueel overdraagbare hrHPV en het ontstaan van baarmoederhalskanker van belang. Negatieve effecten als stigmatisering moeten worden voorkomen. Goede voorlichting is een belangrijk aspect van het screeningsbeleid; objectieve informatie is een randvoorwaarde voor het kunnen maken van een goed geïnformeerde keuze. Dit laatste is een belangrijk aspect in het screeningsbeleid zoals de minister van VWS in een kamerbrief aangeeft: 'Belangrijker dan een zo hoog mogelijke deelname aan een bevolkingsonderzoek vind ik het dat mensen goed geïnformeerd zijn en zelf bewust de keuze voor of tegen deelname maken.' (VWS, 2012).

Aandacht voor groepen met lage deelnamecijfers
Onder jonge vrouwen (starters), laagopgeleide vrouwen, vrouwen met een niet-westerse afkomst blijft de deelname achter bij het gemiddelde. Meer dan de helft van de gevallen van baarmoederhalskanker wordt gediagnosticeerd bij vrouwen die niet hebben deelgenomen aan het bevolkingsonderzoek. Daarom lijkt het nuttig, speciale aandacht te geven aan de groep met lage deelnamecijfers.

Zelfafnameset: voor- en nadelen
Met een zelfafnameset kunnen vrouwen thuis zelf materiaal afnemen, dat vervolgens wordt getest op hrHPV. Er wordt verwacht dat de zelfafnameset door veel vrouwen als een prettig alternatief wordt ervaren, wat de deelname mogelijk vergroot. Aangezien tot nu toe de testeigenschappen alleen zijn onderzocht bij vrouwen die normaal gesproken niet deelnemen aan het bevolkingsonderzoek, adviseert de Gezondheidsraad om een zelfafnameset alleen aan te bieden aan de niet-deelneemsters en vooralsnog niet aan alle vrouwen (Gezondheidsraad, 2011). Uit onderzoek blijkt dat ongeveer 30 procent van niet-deelneemsters die een zelfafnameset krijgen aangeboden nu wel meedoet. In modelberekeningen is geschat dat het aanbieden van een zelfafnameset aan niet-deelneemsters tot gezondheidswinst leidt bij iets hogere kosten, ten opzichte van een scenario waarbij alleen de HPV-screeningstest wordt aangeboden. De hogere kosten worden veroorzaakt door hogere opkomstcijfers. Wanneer alle vrouwen een zelfafnameset aangeboden zouden krijgen, zou het kostenbesparend zijn. Deze conclusies zijn echter sterk afhankelijk van de testeigenschappen van de zelfafnameset (Rozemeijer et al., 2013).

Verre toekomst
In 2023, als de eerste meisjes die HPV-vaccinatie hebben ontvangen 30 jaar zijn geworden, zal het bevolkingsonderzoek mogelijk moeten worden aangepast. Vaccinatie betekent niet automatisch dat de vrouw daarna volledig is beschermd tegen het ontwikkelen van baarmoederhalskanker. De vaccinatie richt zich alleen op de twee hoogrisicovarianten, maar er is nog steeds 30 procent kans om baarmoederhalskanker te ontwikkelen. De deelnamecijfers van de HPV-vaccinatie zijn laag gebleken in vergelijking met deelname aan andere vaccinaties uit het Rijksvaccinatieprogramma. In onderzoek van Steens et al. (2013) wordt geschat dat het totale bereik van baarmoederhalskankerscreening op termijn toeneemt door de invoering van de HPV-vaccinatie. Een deel van de huidige niet-deelneemsters aan het bevolkingsonderzoek wordt wel bereikt met HPV-vaccinatie.

B5
E-health ter preventie van depressie bij volwassenen

5.1 Inleiding

Depressie voorkómen via internet
Depressie komt veel voor in Nederland: ongeveer 550.000 mensen tussen 18 en 64 jaar lijden eraan (De Graaf et al., 2012). Daarnaast hebben ongeveer 800.000 mensen een subklinische depressie: stemmingsklachten, maar (nog) geen klinische depressie. Wanneer deze mensen allemaal een preventieve psychotherapeutische interventie zouden volgen, zou een kwart van de klinische depressies in deze risicogroep kunnen worden voorkomen (Cuijpers et al., 2012). Tot 2006 werd slechts een fractie van deze potentiële doelgroep bereikt (Meijer et al., 2006). Dankzij het aanbieden van deze preventieve interventies via internet is het bereik de laatste jaren verdubbeld (CVZ, 2012; Riper et al., 2013). Verwacht wordt dat deze trend zich de komende jaren zal doorzetten (Riper et al., 2013; Putters et al., 2012).

Beleidscontext
Preventie van depressie is sinds 2006 één van de speerpunten van het VWS-beleid; een belangrijk doel daarbij is het verhogen van het bereik. Het ggz-beleid van VWS is gericht op de verplaatsing van de dure tweede lijn naar de goedkopere eerstelijnszorg (VWS, 2011). Dit is ook het idee achter het plan van de Basis GGZ, dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) schreef in opdracht van VWS (NZa, 2011). E-mental health en daarbinnen depressiepreventie via internet, spelen in dit plan een expliciete rol. Verwacht wordt dat, wanneer het bereik van goedkope preventieve hulp via internet omhoog gaat, dure tweedelijnszorg zou kunnen worden voorkomen (VWS, 2011; NZa, 2011; RVZ, 2011a). Om financiële drempels voor deelname aan enkele laagdrempelige anonieme internet-interventies, zoals 113online (www.113online.nl), weg te nemen, heeft VWS in 2012 besloten om anonieme deelname aan e-health blijvend te subsidiëren (VWS, 2012a).

Leeswijzer
Dit *hoofdstuk* B5 gaat over e-health-interventies gericht op het voorkómen van depressie bij volwassenen met beginnende depressieve klachten. Dit wordt ook wel aangeduid als geïndiceerde preventie van depressie (Riper et al., 2013). In *paragraaf* 5.2 schetsen we het gezondheidsprobleem en het bestaande zorgaanbod, zowel in de eerste als in de tweede lijn. In *paragraaf* 5.3 laten we het aanbod en gebruik van e-health interventies ter preventie van depressie zien. In *paragraaf* 5.4 doen we datzelfde voor de effecten en de kosten. *In paragraaf* 5.5 beschrijven we de kansen en belemmeringen voor de toekomst.

5.2 Probleemschets

Depressie komt veel voor, veel ziektelast, verzuim en kosten
Depressie komt veel voor in Nederland: ongeveer 800.000 mensen lijden eraan. Dat aantal is zeer waarschijnlijk stabiel (De Graaf et al., 2012). Depressie staat in de top tien van ziekten met de hoogste ziektelast. Daarin is de sterfte als gevolg van depressie (onder andere zelfdoding) niet meegenomen (Schoemaker et al., 2012). Depressie komt in verhouding veel voor bij mensen in de leeftijd tussen 30 en 65 jaar. Het is daarmee oververtegenwoordigd in de beroepsbevolking. Depressie is een belangrijke oorzaak van ziekteverzuim en langdurige arbeidsongeschiktheid. Een op de drie WIA-intreders doet dat vanwege psychische redenen; van hen lijdt een belangrijk deel aan depressie. De totale zorgkosten voor depressie bedragen ongeveer 800 miljoen euro per jaar (Van Wieren et al., 2012). Die kosten stijgen, net als de kosten voor de gehele ggz. Wanneer ook de maatschappelijke kosten worden meegeteld van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid als gevolg van depressie, dan komen de totale kosten van depressie op ongeveer 1,3 miljard euro (Smit et al., 2006).

Depressieve klachten als beïnvloedbaar voorstadium
Ruim 200.000 mensen hebben ernstige stemmingsklachten, maar (nog) geen klinische depressie. Voor een deel van deze groep is dit een voorstadium voor een klinische depressie. Uit een meta-analyse, van een klein aantal kwalitatief goede onderzoeken, blijkt dat met preventieve psychotherapeutische interventies ongeveer 25 procent van de depressies in deze groep zou kunnen worden voorkomen (Cuijpers et al., 2012).

Ook behandeling van psychische klachten (zonder diagnose) in de eerstelijnszorg
Volgens de recent herziene NHG-standaard depressie moet de huisarts zich vanaf 2012 niet meer beperken tot patiënten met een depressieve stoornis. Een groot deel van de herziening in de standaard gaat over de behandeling en begeleiding van mensen zonder een depressie, maar wel met depressieve klachten (Van Weel-Baumgarten et al., 2012). Bij deze patiënt met depressieve klachten is volgens de richtlijn vooral voorlichting belangrijk. Daarnaast gaat het om dagstructurering (op tijd het bed uit) en activiteitenplanning (bewegen, leuke dingen doen). Opvallend is de nadruk in de NHG-standaard op de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt; de huisarts ondersteunt slechts het zelfmanagement van de patiënt. De patiënt met depressieve klachten blijft zelf verantwoordelijk. Dat is zelfs een expliciet doel van de activerende begeleiding door de huisarts. Wanneer de patiënt deze rol ook oppakt, dan wordt dat gezien als een belangrijke beschermende factor tegen het ontstaan van een depressie (Van Weel-Baumgarten et al., 2012). Preventie via e-health wordt in de NHG-standaard genoemd als een van de opties.

Terugdringen antidepressivagebruik
Tegelijk met deze aandacht voor activerende begeleiding van mensen met depressieve klachten, is de rol van antidepressiva in de NHG-standaard kleiner geworden (Van Weel-Baumgarten et al., 2012). Voor mensen met alleen depressieve klachten, zonder stoornis, zijn antidepressiva niet erg geschikt. De positieve effecten wegen in deze groep niet op tegen de bijwerkingen. Het CVZ spreekt in dit verband van 'overbehandeling' of medicalisering (CVZ, 2012). In hoeverre de huisartsen de herziene standaard op dit moment al volgen, is nog niet goed te zeggen.

5.3 Aanbod en bereik

Aanbod depressiepreventie via internet groeit
Onder e-health verstaan we, in navolging van de RVZ, het gebruik van informatie- en communicatietechnologieën, en vooral internettechnologie, in nieuwe toepassingen en/of diensten die erop gericht zijn de gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren. In dit *hoofdstuk* beperken we ons zoals gezegd tot *preventieve* e-health, gericht op het voorkómen van depressie. Het internetaanbod gericht op mensen met beginnende stemmingsklachten, is sinds 2007 gestegen. Werden in 2007 nog twee interventies in de praktijk aangeboden, in 2013 waren dat er elf. Voor volwassenen met sombere gedachten is bijvoorbeeld de cursus www.kleurjeleven.nl ontwikkeld. Jongeren die in een dip zitten, kunnen op www.gripopjedip.nl terecht voor een preventieve cursus.

Aanbod vooral door reguliere tweedelijns ggz en commerciële aanbieders
Uit een inventarisatie van Riper et al. (2013) blijkt dat het aanbod bestaat uit zowel begeleide als onbegeleide zelfhulp via internet. Wanneer er, naast oefeningen en teksten op de website ook aanvullend contact bestaat tussen de deelnemer en een hulpverlener, is er sprake van begeleiding. Dit contact kan via e-mail zijn, maar ook face-to-face. De onbegeleide vorm wordt met name door commerciële partijen aangeboden; aan deelname zijn kosten verbonden. De begeleide variant wordt vooral verzorgd door regionale en landelijk opererende ggz-aanbieders en wordt direct aangeboden aan het algemene publiek. In 2011 bood ongeveer 70 procent van de ggz-instellingen een deel van hun aanbod digitaal aan. Deze interventies worden nog zeer beperkt aangeboden vanuit de huisartsenpraktijk (Riper et al., 2013).

Ook veel andere websites voor mensen met psychische problemen
Volgens het CVZ is er een rijk en gevarieerd aanbod van websites voor mensen met psychische problemen (CVZ, 2012). Vooral voor jongeren is het aanbod omvangrijk. Volgens de Marktscan ggz van de NZa (2012) stonden in 2011 op de website kiesBeter verwijzingen naar 113 websites voor psychische problemen en stoornissen. Elf daarvan waren gericht op depressie: vier gaven informatie, vijf boden een begeleide vorm van behandeling en twee websites boden een zelfhulpprogramma zonder begeleiding door een hulpverlener.

Kwaliteitskeurmerk voor internetinterventies
Volgens het CVZ (2012) is hier sprake van wildgroei, waardoor het voor potentiële deelnemers zeer lastig is om op grond van kwaliteit te kiezen. In opdracht van het ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut daarom een keurmerk voor preventieve e-mental health ontwikkeld, onder de naam De Keurkring (CVZ, 2012). Dit keurmerk is nog in ontwikkeling. Het bouwt voort op het werk van de

Erkenningscommissie voor het Loket Gezond Leven.

Vergoeding van internetbehandeling in de ggz
In 2008 oordeelde het CVZ dat depressiepreventie, gebaseerd op drie erkende psychotherapeutische methoden, valt onder de dekking van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Daarbij maakte het CVZ geen onderscheid tussen aanbiedingsvorm: face-to-face en internet (CVZ, 2008). Recent publiceerde het CVZ een apart standpunt waarin internet*behandeling* (dus geen preventie) bij matige of ernstige depressie op basis van CGT (cardiotocograaf) werd toegelaten (CVZ, 2013). Voor de reguliere ggz-behandelingen via internet bestaat een eigen bijdrage van 50 euro (Putters et al., 2012). Om de rest van de behandeling vergoed te krijgen, moeten deelnemers hun naam opgeven en hun verzekeringsgegevens.

Preventieve e-health in ggz onderdeel van groter geheel
Internettechnologie wordt in de ggz heel breed ingezet, vooral bij de behandeling van angst en depressie (CVZ, 2013). Vormen van e-health worden daarnaast ook ingezet als hulpmiddel voor chronische patiënten met ernstige en complexe psychische stoornissen. Te denken valt daarbij aan lotgenotencontact, ondersteuning bij zelfmanagement, nazorg en terugvalpreventie (Putters et al., 2012).

Gebruik preventieve e-health voor depressie stijgt
Volgens Riper et al. (2013) is het lastig om een beeld te krijgen van het gebruik van deze interventies. Met enige slagen om de arm schatten ze dat het gebruik van geïndiceerde preventie van depressie is gestegen van 4.000 in 2006, tot 9.000 in 2009. Deze stijging wordt door hen vrijwel geheel toegeschreven aan deelname via internet. Deze toename zal zich naar verwachting doorzetten (Riper et al., 2013). Bij deze gebruikscijfers gaat het om de mensen die beginnen aan de interventies. De uitval op internet hoog; hoger dan bij face-to-face interventies (Riper et al., 2013). Op grond van enkele studies komen ze tot de volgende schattingen. De uitval bij dit soort face-to-face interventies bedraagt ongeveer 20 procent, bij begeleide e-health is dat 35 procent en bij onbegeleide e-health valt maar liefst 75 procent van de deelnemers uit.

5.4 Effecten en kosten

Effectiviteit internetversies steeds beter onderzocht
Uit eerdere rapporten (bijvoorbeeld Meijer et al., 2006) blijkt dat met preventieve face-to-face groepsinterventies ongeveer een kwart van de klinische depressies zou kunnen worden voorkomen (Cuijpers et al., 2012). De effecten van vergelijkbare interventies via internet op incidentie zijn nog vrijwel niet onderzocht. Ook onderzoek waarin internet en face-to-face-vormen direct met elkaar werden vergeleken, ontbreekt nog. De effecten op de vermindering van depressieve klachten, ten opzichte van een controleconditie, zijn wel overtuigend aangetoond. Over het algemeen lijken ze iets minder groot dan die van de face-to-face variant (Lokkerbol et al., 2012; Riper et al., 2013). Dat hangt mede samen met de verhoogde uitval in de internettherapie. De mate van begeleiding is sterk bepalend voor het effect. Dit blijkt uit de overzichtsstudie van Riper et al. (2013), die zich voor wat betreft de effectiviteit van interventies gericht op mensen met subklinische depressie, vooral baseert op twee recente meta-analyses (Johansson et al., 2012; Richards et al., 2013).

Meer begeleiding leidt tot meer effect

Wanneer de deelnemer teksten leest en oefeningen doet op een website, vrijwel zonder begeleiding, dan spreken we van onbegeleide preventieve e-health. Dit is vergelijkbaar met het lezen van een zelfhulpboek. Dat heeft een klein effect (een d-waarde rond 0,2) op depressieklachten (Riper et al., 2013). Daarnaast zijn er vormen van preventieve e-health, waarbij er aanvullend contact is tussen de deelnemer en een hulpverlener. Dit kan contact via de e-mail zijn, maar ook face-to-face. Dit wordt begeleide preventieve e-health genoemd. De begeleide variant met alleen begeleiding via e-mail, is niet effectiever dan de onbegeleide vorm. Hoe intensiever of frequenter de begeleiding is, des te groter het effect (Richards et al., 2013). De begeleide vorm heeft een middelgroot effect (een dwaarde rond 0,6) op depressieklachten (Riper et al., 2013). Er zijn ook varianten, waarbij de begeleiding face-to-face gebeurt. In dat geval is de e-health op te vatten als een uitbreiding van het face-to-face aanbod. Dit bleek zelfs iets effectiever dan het gewone face-to-face aanbod (Ruwaard, 2013).

Effect op arbeidsparticipatie: wel genoemd, nog niet bewezen

Het effect van depressiepreventie op arbeidsparticipatie wordt altijd wel genoemd als argument vóór preventie. In de modelberekeningen van het Trimbos -instituut en NIVEL zorgt toevoeging van deze effecten aan het model ervoor dat preventie zelfs kosten bespaart (Lokkerbol et al., 2012). Het ligt erg voor de hand dat een vermindering van depressieve klachten ook invloed heeft op verzuim en arbeidsongeschiktheid. Er zijn ook wel voorzichtige aanwijzingen voor effecten op ziekteverzuim, maar daar is op grond van onderzoek nog erg weinig met zekerheid over te zeggen (OECD, 2012).

Kosten preventieve e-health voor depressie beperkt

Volgens de NZa werd in 2010 in totaal 31,3 miljoen besteed aan de preventie van depressie (NZa, 2011). In 2008 was dat nog 32,8 miljoen: een daling van ongeveer 5 procent in twee jaar. Welk deel van die 32,8 miljoen werd besteed aan de internetversies is niet goed te zeggen. Ter vergelijking: jaarlijks wordt 800 miljoen euro besteed aan de behandeling van depressie (Schoemaker et al., 2012).

Preventieve e-mental health lijkt kosteneffectief

Face-to-face vormen van depressiepreventie zijn kosteneffectief (Riper et al., 2013). Daarover is al veel gepubliceerd (Meijer et al., 2006). Voor de internetvarianten staat het onderzoek nog in de kinderschoenen. Riper et al. (2013) concluderen dat het kosteneffectief lijkt, maar dat er meer onderzoek nodig is om daarover robuuste uitspraken te doen. Gezien de beperkte kosten van interventies via internet en de aangetoonde effecten op depressieklachten, ligt het voor de hand dat de kosteneffectiviteit in de toekomst wel wordt aangetoond. En hoe hoger het bereik zal worden, des te kosteneffectiever de interventie zal zijn (Lokkerbol et al., 2012).

5.5 Kansen en belemmeringen

Technologische ontwikkelingen

In een kennissynthese over online preventie in opdracht van ZonMw, worden drie toekomstige ontwikkelingen geschetst die ook de online preventie van depressie de komende jaren zouden kunnen veranderen (Crutzen et al., 2013). Allereerst is dat de stormachtige ontwikkeling van het gebruik van sociale media. Daarmee kan heel eenvoudig een platform worden gecreëerd waarop gebruikers met elkaar kunnen gaan

interacteren. Een tweede ontwikkeling is die van de mobiele technologie. Steeds meer e-health interventies zullen ook geschikt gemaakt worden voor de mobiele telefoon (m-health). Volgens Riper et al. (2013) zou met smartphones bijvoorbeeld ook stemming en gedrag kunnen worden gemeten, op het moment zelf in de natuurlijke omgeving. Een derde ontwikkeling wordt door Crutzen et al 'gamification' genoemd. De mogelijkheid om in interventies elementen uit games mee te nemen, zou het gebruik aantrekkelijker kunnen maken en daarmee het bereik verhogen (Crutzen et al., 2013; Riper et al., 2013).

Preventieve e-health zal in toekomst zeker gaan groeien
Er zijn diverse toekomstscenario's geschreven over de toekomst van de ggz (zie onder andere Notenboom et al., 2012; Lokkerbol et al., 2012; Putters et al., 2012). In al die scenario's speelt ehealth, en daarbinnen preventieve e-health voor depressie, een belangrijke rol. Dat deze vorm van depressiepreventie zal groeien, is in geen van deze scenario's een vraag. De belangrijkste vraag is vooral of de internetbehandeling zich blijft ontwikkelen als een eigenstandige interventie, die vooral wordt aangeboden vanuit de tweedelijns ggz, of dat het steeds meer wordt geïntegreerd in de eerstelijnszorg (RVZ, 2011). Voor het verder vergroten van het bereik van de e-health interventies lijkt die laatste optie veel kansen te bieden (Putters et al, 2012). Dit is ook in lijn met het Advies basis ggz van de NZa (2011).

Doorrekening van enkele scenario's in de Basis ggz
Het Trimbos-instituut en het NIVEL (Lokkerbol et al., 2012) deden een modelstudie naar de mogelijke toekomstige kosten en baten van de invoering van dit NZa-plan voor de ggz. In enkele van deze scenario's werd extra preventieve e-health ingezet, gesplitst in een begeleide en onbegeleide vorm. Daarbij bleek sprake van een 'trade off' tussen effectiviteit en kosten. De goedkoopste variant, zonder begeleiding, is het minst effectief. De duurste varianten, met face-to-face begeleiding, is het meest effectief. Uitgaande van een aantal aannames over gebruik en effectiviteit bleek e-health in alle scenario's uiteindelijk te leiden tot meer baten en minder kosten (Lokkerbol et al., 2012).

Integratie e-health in de eerstelijnszorg is voorwaarde
In deze doorrekeningen wordt uitgegaan van een geslaagde integratie van preventieve e-health in de reguliere huisartsenzorg. Hoe dat precies moet worden vormgegeven is vooralsnog onduidelijk. In de NHG-standaard depressie voor huisartsen wordt e-health wel genoemd, maar van een integratie is in de praktijk nog vrijwel geen sprake (RVZ, 2011; Riper et al., 2013). Dat heeft onder andere te maken met de ontstaansgeschiedenis van deze interventies. Deze werden oorspronkelijk ontwikkeld binnen de tweedelijns ggz (Meijer et al., 2006). Ook de internetvarianten zijn vooral vanuit de tweedelijns ggz ontwikkeld. Om het bereik ervan daadwerkelijk te laten groeien, zou dat moeten worden overgedragen op de eerstelijnszorg. De huisarts en vooral de POH-ggz zouden hun face-to-face begeleiding moeten gaan uitbreiden met internet-modules. In dit verband zien Riper et al. (2013) binnen de eerste lijn ook mogelijkheden voor het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW).

B6
Preventie van cardiometabole aandoeningen in de eerste lijn

6.1 Inleiding

Cardiometabole aandoeningen en risicofactoren
Cardiometabole aandoeningen zijn ziekten die te maken hebben met het hartvaatstelsel en/of de stofwisseling (RIVM, 2012a). Bekende voorbeelden zijn: hart- en vaatziekten (waaronder hartfalen, hartinfarct, beroerte, verwijding van de aorta (aneurysma)) en diabetes mellitus (suikerziekte). Belangrijke risicofactoren voor cardiometabole aandoeningen zijn: overgewicht, roken, lichamelijke inactiviteit en een ongezond voedingspatroon.

Vroegtijdige herkenning
Veel activiteiten ter preventie van cardiometabole aandoeningen richten zich op personen die een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en/of diabetes hebben, maar bij wie deze ziekten nog niet zijn gediagnosticeerd. Doel van de meeste interventies is om het risico te verlagen met behulp van leefstijlinterventies en zo nodig met medicatie. Over deze preventieve-activiteiten gaat *hoofdstuk B6*.

Beleidsstukken
Verschillende partijen geven in toenemende mate prioriteit aan preventie van cardiometabole aandoeningen. Het ministerie van VWS benadrukt in de kabinetsvisie van 2007 op gezondheid en preventie (VWS, 2007) het belang van verankering van preventie van chronische ziekten, waaronder cardiometabole aandoeningen, in de reguliere gezondheidszorg. In 2009 adviseerde het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) om gecombineerde leefstijlinterventies voor personen met overgewicht, obesitas en prediabetes, op te nemen in de basisverzekering (Hendriksen et al., 2009; Van der Meer et al., 2009). In hun visiedocument uit 2010 boden de Samenwerkende Gezondheidsfondsen (SGF) handvatten om de integratie tussen preventie en curatie te bevorderen (SGF, 2010). Eind 2011 pleitte de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) voor effectievere en efficiëntere organisatie van preventie van onder

andere cardiometabole aandoeningen (RVZ, 2011).

Leeswijzer
Dit *hoofdstuk B6* gaat over interventies, gericht op het voorkómen van cardiometabole aandoeningen. In *paragraaf 6.2* schetsen we het probleem en het bestaande zorgaanbod. In *paragraaf 6.3* laten we het aanbod en gebruik van landelijke interventies ter preventie van cardiometabole aandoeningen zien. In *paragraaf 6.4* geven we een overzicht van de effecten en de kosten van preventieve interventies voor cardiometabole aandoeningen. In *paragraaf 6.5* beschrijven we de kansen en belemmeringen.

6.2 Probleemschets

Toename in cardiometabole aandoeningen en risicofactoren
Cardiometabole aandoeningen vormen een belangrijk deel van de totale ziektelast in Nederland. Cijfers van de Hartstichting gaan uit van meer dan één miljoen personen met hart- en vaatziekten in Nederland in 2009 (Vaartjes et al., 2010). Bovendien is de verwachting, op basis van alleen demografische ontwikkelingen, dat dit aantal tot 2025 met ten minste 40 procent zal stijgen (RIVM, 2012b). Voor diabetes duiden de schattingen op 801.000 gediagnosticeerde diabetespatiënten op 1 januari 2011 (RIVM, 2013a). Daarnaast hebben ongeveer 750.000 mensen een hoog risico op diabetes (RIVM, 2012). De bijbehorende zorgkosten voor cardiometabole aandoeningen bedroegen in 2007 5,5 miljard euro voor hart- en vaatziekten en 1 miljard euro voor diabetes; respectievelijk 8,0 procent en 1,4 procent van de totale Nederlandse zorgkosten in dat jaar (RIVM, 2011).

Risicofactoren
Belangrijke risicofactoren voor cardiometabole aandoeningen zijn overgewicht, roken, lichamelijke inactiviteit en een ongezond voedingspatroon. In 2009/2010 had bijna de helft van de volwassen Nederlanders overgewicht (Body Mass Index (BMI) ≥25 kg/m^2), waarvan ongeveer 13 procent ernstig overgewicht (BMI ≥30 kg/m^2). In 2010 rookte 27 procent van alle Nederlanders van vijftien jaar en ouder wel eens of dagelijks. Ongeveer 40 procent van de Nederlandse bevolking van twaalf jaar en ouder voldeed in 2011 niet aan de Nederlandse Norm Gezond Bewegen (NNGB) voor hun leeftijdsklasse, en slechts een klein deel van de bevolking voldoet aan de richtlijnen voor gezonde voeding (Wendel-Vos, 2013; Geurts & Van Rossum, 2013).

Zorg in de eerste lijn
De zorg voor mensen met cardiometabole ziekten wordt waar mogelijk uitgevoerd binnen de eerste- lijn. De huisarts, meestal in combinatie met een praktijkondersteuner, is verantwoordelijk voor de zorg en betrekt waar nodig onder andere de fysiotherapeut, diëtiste of podotherapeut. Ook kan een medisch specialist (bijvoorbeeld cardioloog, internist of oogarts) worden ingeschakeld voor consultatie. Afhankelijk van het type aandoening en de ernst van complicaties of klachten worden personen behandeld in het ziekenhuis.

6.3 Aanbod en bereik

Programmatische aanpak
Binnen de zorg voor mensen met cardiometabole ziekten heeft de afgelopen jaren veel reorganisatie plaatsgevonden (Baan & Schoemaker, 2009; De Jong-van Til JT et al., 2012). Om het hoofd te kunnen bieden aan het toenemende zorggebruik en de hoge zorgkosten, wordt steeds meer uitgegaan van een programmatische aanpak, een sluitende keten van vroegtijdige onderkenning, preventie, zelfmanagement en zorg (Baan & Schoemaker, 2009; VWS, 2010). Om richting te geven aan de programmatische aanpak zijn zorgstandaarden ontwikkeld. Een zorgstandaard beschrijft op hoofdlijnen aan welke zorginhoudelijke en organisatorische eisen de zorg voor chronische ziekten moet voldoen en heeft als doel de kwaliteit van de zorg te optimaliseren (Struijs et al., 2010). De zorgstandaard vasculair risicomanagement (VRM) onderstreept het belang van preventie (Platform Vitale Vaten, 2009). Binnen de zorgstandaard diabetes (Nederlandse Diabetes Federatie, 2007) is recent een addendum opgenomen over geïndiceerde preventie in hoog risicogroepen (Nederlandse Diabetes Federatie, 2012).

Inhoud preventieve initiatieven
Preventieve interventies voor cardiometabole aandoeningen bestaan uit het identificeren van de mensen met een hoog risico op cardiometabole aandoeningen en vervolgens een interventie om het verhoogde risico te verlagen. Om de doelgroep van hoog risicopersonen te identificeren, wordt vaak gebruikgemaakt van bestaande risicoschattingen, in de vorm van vragenlijsten, zoals de FINRISK. Hier kunnen zowel beïnvloedbare (roken, voeding, beweging) als niet-beïnvloedbare risicofactoren (leeftijd, familiehistorie) onderdeel van zijn (Alssema et al., 2008; Alssema et al., 2012; Conroy et al., 2003). Vaak worden in een aanvullend laboratoriumonderzoek biologische parameters gemeten, zoals glucosewaarden en/of cholesterol. Door middel van leefstijlbegeleiding en – indien nodig – medicamenteuze behandeling wordt getracht het risico op hart- en vaatziekten en/of diabetes terug te dringen (Van den Berg & Schoemaker, 2010).

Aanbod aan preventieve initiatieven
Verschillende programma's voorzien in de behoefte aan interventies ter preventie van cardiometabole aandoeningen in de dagelijkse zorgpraktijk (zie *tabel B6.1*) (De Weerdt et al., 2007; Platform Vitale Vaten, 2009; Helmink et al., 2010; Dekker et al., 2011). Zoals uit *tabel B1.1* blijkt, bestaat er een sterke overlap in inclusiecriteria tussen de verschillende programma's. Het PreventieConsult Cardiometabool Risico (PC CMR) en Kijk op Diabetes richtten zich vooral op het begin van de keten (gericht op leefstijlinterventies en/of zorg), terwijl de zorgstandaard VRM en de beweegkuur focussen op de invulling van de (preventieve) zorg. De zorgstandaard diabetes wordt niet nader uitgewerkt, omdat er nog geen cijfers beschikbaar zijn over gebruik en effectiviteit na uitbreiding met het addendum geïndiceerde preventie. Ook de initiatieven BigMove, PreventieKompas (Colkesen et al., 2011) en Bewegen op Recept (Hosper et al., 2008) zijn buiten beschouwing gelaten, omdat ze zich niet specifiek richten op cardiometabole aandoeningen.

Naast de in zie *tabel B6.1* beschreven landelijke programma's, bestaan er talloze regionale initiatieven ter preventie van cardiometabole ziekten (Hamberg-van Reenen et al., 2008; Nooyens & Spijkerman, 2011; Wyers et al., 2012). Deze initiatieven worden uitgevoerd door uiteenlopende partijen binnen en buiten de zorg, bijvoorbeeld: huisarts, GGD, gemeente, praktijkondersteuner, thuiszorg, apotheek of bedrijfsarts,

Tabel: B6.1: Aanbod en gebruik van landelijke initiatieven voor de preventie van cardiometabole aandoeningen.

Initiatief (referenties)	Initiatiefnemer	Doel en doelgroep	Interventie	Gebruik
PreventieConsult uit (Dekker, 2011; Alssema, 2012)	Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) , Nederlandse Vereniging Arbeids- en Bedrijfs-geneeskunde (NVAB), Hartstichting, Diabetes Fonds, Nierstichting.	Voorkomen van hart- en vaatziekten, diabetes type 2 en chronische nierschade bij volwassenen die nog niet in behandeling zijn voor deze aandoeningen, maar die wel een verhoogd risico hebben.	Vanuit huisartsenpraktijk risicoschatting met vragenlijst (leeftijd, BMI, roken, middelomtrek en familiaire belasting voor diabetes en hart- en vaatziekten). Afhankelijk van risico 1 of 2 consulten bij huisarts. Behandeling of begeleiding (medicamenteus of leefstijlbegeleiding).	Ongeveer 4 miljoen mensen vormen doelgroep voor invullen van vragenlijst. De deelnamebereidheid wordt geschat op 54% (2 miljoen mensen). Ongeveer 800.000 mensen komen in aanmerking voor de consulten; 70% (560.000 mensen) zal een afspraak maken.
Kijk op diabetes (Alssema, 2008; De Weerdt, 2007)	Nederlandse Diabetes Federatie (NDF), Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ), het Voedingscentrum, Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB).	Vergroten van levensverwachting door opsporen en vroegtijdige behandeling van mensen met (een hoog risico op) diabetes type 2 (mensen met overgewicht, ouder dan 45 jaar met speciale aandacht voor mensen met lage ses en allochtonen).	Stimuleren hoogrisicogroepen om 'Diabetes Risicotest' te doen (geslacht, leeftijd, middelomtrek, BMI, medicatie hoge bloeddruk, roken, zwangerschapsdiabetes, familiaire belasting). Bij verhoogd risico (score ≥10) contact met huisarts voor diagnose. Eventueel doorverwijzen naar digitaal advies op maat: 'Leefgezond-coach'.	De totale doelgroep voor de campagne werd in 2007 geschat op 3,2 miljoen personen. Binnen de autochtone doelgroep heeft naar schatting 6,4% (205.000 personen) de risicotest gedaan. Onder Turken was dat 22%, onder Hindoestanen 19% en onder Marokkanen 11%.

Tabel: B6.1: Aanbod en gebruik van landelijke initiatieven voor de preventie van cardiometabole aandoeningen. *(vervolg)*

Initiatief (referenties)	Initiatiefnemer	Doel en doelgroep	Interventie	Gebruik
Zorgstandaard VRM (Platform Vitale Vaten, 2009; Struijs et al., 2012)	'Platform Vitale Vaten': een samenwerkingsverband van onder andere patiëntenorganisaties en beroepsverenigingen van zorgverleners.	Adequaat management van vasculair risico in de dagelijkse zorgpraktijk, gericht op patiënten met een (mogelijk) verhoogd risico van hart- en vaatziekten, die in contact komen met de huisarts, een medisch specialist of een andere zorgverlener.	De zorgstandaard geeft aanwijzingen voor toepassen CBO-richtlijn/NHG-standaard cardiovasculair risicomanagement. Opsporing en begeleiding personen met een verhoogd risico van hart- en vaatziekten, specifiek onderdeel van standaard. De zorgstandaard benadrukt belang centrale rol patiënt en afspraken tussen zorgverleners.	In 2010 hadden zeven zorggroepen met de verzekeraar een keten-DBC-contract afgesloten voor een zorgprogramma VRM. Gemiddeld participeerden per zorggroep bijna 70 huisartsen en ruim 13.000 patiënten (in totaal dus ongeveer 91.000 personen).
Beweegkuur (Helmink, 2010)	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB).	Ondersteunen van preventie en behandeling bij mensen met verstoorde glucosetolerantie en diabetes type 2 door veranderingen in lichamelijke activiteit en eetgewoonten te verwezenlijken. In 2009 is het programma doorontwikkeld voor mensen met overgewicht en obesitas.	Identificatie deelnemers door huisarts; coaching en begeleiding door leefstijladviseur. Leefstijladviseur en deelnemer stellen samen een beweegplan op, dat kan worden uitgevoerd bij lokale faciliteiten of onder begeleiding van een gespecialiseerde coach of fysiotherapeut.	Ruim 4,7 miljoen Nederlanders zouden in aanmerking komen voor een leefstijlinterventie, zoals de Beweegkuur. Naar schatting zullen bijna 240.000 personen deelnemen. De Beweegkuur werd in 2010 op ruim 150 pilotlocaties aangeboden.

en zijn gericht op verschillende (hoogrisico)doelgroepen (personen met verhoogd risico op hart- en vaatziekten, diabetes of metabool syndroom, personen met overgewicht, personen met een gebrek aan beweging, groepen met een lage ses, allochtone groepen). Gedetailleerde bespreking van het aanbod en het gebruik van deze regionale initiatieven vallen buiten het blikveld van dit rapport. Een overzicht en korte beschrijving van deze regionale initiatieven is te vinden in een eerder verschenen rapport (Nooyens & Spijkerman, 2011).

Omvang en gebruik van het PC CMR
Schattingen van het RIVM en het CVZ laten zien dat ruim 4 miljoen Nederlanders de doelgroep zouden vormen voor programma's ter preventie van cardiometabole ziekten (Nooyens & Spijkerman, 2011; Van der Meer, 2009). Er is echter nog weinig bekend over het werkelijke gebruik en bereik van preventieve programma's in Nederland. In een drietal pilots over het PC CMR werden in totaal bijna 6.000 mensen actief uitgenodigd om deel te nemen; de respons op de vragenlijst verschilde sterk tussen de pilots en varieerde van 33 tot 75 procent (Godefrooij et al., 2012; Klomp et al., 2011; Nielen et al., 2010). Op basis van deze pilots en vergelijkbare initiatieven wordt de gemiddelde deelnamebereidheid voor het invullen van een risicovragenlijst geschat op 54 procent; ruim 2 miljoen mensen (Nooyens & Spijkerman, 2011). Van deze groep zullen ongeveer 800.000 mensen, op basis van hun risico, in aanmerking komen voor de consulten. Ongeveer 70 procent daarvan (560.000 mensen) zal naar schatting ook daadwerkelijk een afspraak maken met een zorgverlener (Nooyens & Spijkerman, 2011). Er zijn nog geen cijfers beschikbaar over het feitelijk gebruik van het PC CMR.

Omvang en gebruik van overige preventieve initiatieven
Het CVZ ging in 2009 uit van 240.000 deelnemers voor een leefstijlinterventie zoals de Beweegkuur (Van der Meer, 2009). De beweegkuur werd in 2010 op ruim 150 pilot-locaties aangeboden, waar in totaal ongeveer 4.000 mensen het programma voorgeschreven konden krijgen (Nederlands Instituut voor Sport & Bewegen (NISB, 2012)). Het is niet bekend hoeveel mensen daadwerkelijk hebben deelgenomen. De totale doelgroep van de Kijk op Diabetes campagne werd in 2007 geschat op 3,2 miljoen personen (De Weerdt, 2007). Uit een evaluatie kwam naar voren dat van de autochtone hoogrisicogroep 6,4 procent (ongeveer 200.000 personen) de risicotest had gedaan. Bij allochtone groepen lag dit percentage aanzienlijk hoger: 22 procent onder Turken, 19 procent onder Hindoestanen en 11 procent onder Marokkanen (De Weerdt, 2007). In 2010 hadden zeven zorggroepen met de verzekeraar een keten-DBC-contract (DBC = diagnose behandel combinatie) afgesloten voor een VRM programma. Gemiddeld bestonden de participerende zorggroepen uit bijna 70 huisartsen en ruim 13.000 patiënten, in totaal dus ongeveer 91.000 personen die deelnemen (De Jong-van Til JT, 2012).

6.4 Effecten en kosten

Het effect van preventie van cardiometabole aandoeningen is op verschillende manieren te beschrijven. Allereerst wordt het aantal mensen, wat opgespoord wordt, met een cardiometabole aandoening besproken. Daarna worden achtereenvolgens besproken: de effecten op risicofactoren voor cardiometabole aandoeningen (onder andere gewicht en nuchtere glucose), het effect op de incidentie van cardiometabole aandoeningen, participatie van deelnemers, kosten en kosteneffectiviteit.

Opsporen van cardiometabole afwijkingen

Het aantal mensen waarbij een cardiometabole afwijking wordt vastgesteld, verschilt sterk tussen de programma's. In de verschillende onderzoeken varieerde dit percentage tussen de 3 en 45 procent (Lindstrom & Tuomilehto, 2003; De Weerdt et al., 2007; Janssen et al., 2009; Nielen et al., 2010; Godefrooij et al., 2012; Vlaar et al., 2012). Aangezien bij elk programma andere inclusiecriteria en een andere methodiek van screening zijn gehanteerd, is correcte interpretatie en vergelijkbaarheid tussen studies lastig. Daarnaast is een aantal studies gebaseerd op relatief kleine aantallen.

Afname van risicofactoren

Vanuit de initiatieven PC CMR, Kijk op Diabetes, de zorgstandaard VRM en de Beweegkuur is nog weinig bekend over het effect van leefstijlbegeleiding op de afname van risicofactoren voor cardiometabole ziekten. Alleen bij de Beweegkuur zijn resultaten van één jaar beschreven (Linmans et al., 2011). De gevonden effecten waren klein en niet statistisch significant. Ook uit wetenschappelijke studies naar preventie van cardiometabole ziekten in de dagelijkse zorgpraktijk, zoals Hartslag Limburg, Goal studie en Aphrodite (Ter Bogt et al., 2011; Van Limpt et al., 2011; Vermunt et al., 2012a) blijkt het effect op bijvoorbeeld de BMI of nuchtere glucose klein en vaak niet significant.

Incidentie van cardiometabole aandoeningen

Vanuit de initiatieven PC CMR, Kijk op Diabetes, de zorgstandaard VRM en de Beweegkuur zijn geen cijfers beschikbaar over het effect van deze programma's op de incidentie van cardiometabole aandoeningen. Er zijn wel effecten beschreven vanuit verschillende wetenschappelijke onderzoeken waarin een interventie is vergeleken met een controlepopulatie. Zo werd bijvoorbeeld in de SLIM studie (Study on Lifestyle-intervention and Impaired glucose tolerance Maastricht) het aantal nieuwe gevallen van diabetes met bijna 60 procent omlaag gebracht bij mensen met een verstoorde glucosetolerantie, die een leefstijlinterventie van drie jaar kregen aangeboden (Roumen et al., 2008). In deze onderzoeksetting hadden deelnemers de mogelijkheid tot het volgen van een gratis beweegprogramma en individuele begeleiding van een diëtist. In de APHRODITE (Active Prevention in High-Risk individuals Of Diabetes Type 2 in and around Eindhoven) studie, die was ingebed in de huisartsenpraktijk en die daardoor meer vergelijkbaar was met de dagelijkse praktijk, werd geen verschil gevonden in diabetesincidentie tussen de interventiegroep en de groep die reguliere huisartsenzorg ontving (Vermunt et al., 2012b).

Effecten op participatie

Er is niets bekend over het effect van preventie van cardiometabole aandoeningen op maatschappelijke participatie bij deelnemers. Er zijn wel enkele studies die zich richten op preventie van cardiometabole aandoeningen bij werknemers. Zo is binnen het PreventieKompas gekeken naar het effect van leefstijlbegeleiding op arbeidsverzuim (Niessen et al., 2012). In dit programma krijgen werknemers van de werkge-

ver een uitnodiging om via een internetmodule een (lichamelijk en psychologisch) gezondheidsprofiel op te laten stellen. Op basis van dit profiel wordt een advies op maat opgesteld, waarin ook mogelijkheden worden geschetst om, al dan niet onder begeleiding, de leefstijl aan te passen. Na een follow-up van twee jaar was het arbeidsverzuim in de interventiegroep meer dan 20 procent lager dan in de referentiegroep.

Effecten op kosten

Er zijn geen gegevens beschikbaar over werkelijke effecten van de landelijke of regionale initiatieven op de zorgkosten. De verwachte effecten zullen veelal op langere termijn te zien zijn en worden in de verschillende studies niet meegenomen. Op langere termijn kunnen de zorgkosten lager worden, als minder mensen cardiometabole aandoeningen krijgen of op een latere leeftijd. Aan de andere kant zal er een toename van de zorgkosten zijn, vanwege de interventiekosten en eventueel preventief behandelen van mensen met een hoog risico op cardiometabole aandoeningen met medicatie en/of leefstijladvisering. Hoe deze ontwikkelingen zich tot elkaar zullen verhouden, is nog niet duidelijk.

Kosteneffectiviteit in modelleringsstudies

Ondanks het feit dat de effectiviteit van preventieve interventies voor hoogrisicopersonen in de dagelijkse zorgpraktijk beperkt lijkt, komen verschillende modelstudies wel tot gunstige schattingen van de kosteneffectiviteit van een aantal specifieke programma's (Jacobs-van der Bruggen et al., 2007; Bemelmans et al., 2008; Wyers et al., 2013). De input voor de modelberekeningen ten aanzien van het effect van de interventie is gebaseerd op (korte termijn) resultaten uit interventietrials. Daarnaast zijn aannames gemaakt over het behoud van de effecten op langere termijn. Ten slotte moet rekening worden gehouden met het feit dat de berekeningen zijn gebaseerd op resultaten uit een onderzoeksetting; voor programma's in de dagelijkse zorgpraktijk – met meer bescheiden middelen en effecten – zou de kosteneffectiviteit waarschijnlijk ongunstiger uitvallen.

Geen eenduidige conclusies over kosteneffectiviteit PC CMR

Uit literatuuronderzoek in een ex ante kosteneffectiviteitsanalyse van het PC CMR blijkt dat er verschillende kosteneffectiviteitsonderzoeken naar enigszins vergelijkbare initiatieven zijn uitgevoerd (Wyers et al., 2013). Door verschillen in doelpopulaties, screeningsmethodieken en interventies kunnen daar echter geen eenduidige conclusies uit worden getrokken. In 2013 is een groot landelijk onderzoek van start gegaan naar de kosteneffectiviteit van het PC CMR. De verwachting is dat de resultaten van dit onderzoek over vijf jaar beschikbaar komen.

6.5 Kansen en belemmeringen

Bereik en effecten van preventie van cardiometabole ziekten zijn beperkt
Zoals beschreven in de bovenstaande paragrafen, zijn de afgelopen jaren diverse programma's ontwikkeld om invulling te geven aan de preventie van cardiometabole ziekten. Ondanks het feit dat een aanzienlijke doelgroep (ruim 4 miljoen mensen) in aanmerking zou komen voor een preventieve interventie, is nog weinig bekend over het werkelijke gebruik en bereik. De effectiviteit van preventieve interventies voor hoogrisicopersonen in de dagelijkse praktijk, lijkt beperkt. Ondanks toenemend inzicht in interventies ter preventie van cardiometabole ziekten, dienen verschillende aspecten met betrekking tot de implementatie nog verder te worden uitgewerkt.

Belangrijke rol voor de huisartsenpraktijk
Binnen het zorgveld bestaat nog geen consensus over welke zorgverleners bij de uitvoering van programma's ter preventie van cardiometabole ziekten moeten worden betrokken. Voor structurele inbedding van deze programma's lijkt de huisartsenpraktijk de aangewezen setting (Wyers et al., 2012). Nagenoeg iedereen is aangesloten bij een huisartsenpraktijk. Veel informatie over de patiënt is al bekend vanuit het Huisarts Informatie Systeem (HIS) en praktijkondersteuners kunnen veel uitvoerende taken voor hun rekening nemen. De huisarts zelf lijkt over het algemeen ook veel waarde te hechten aan primaire preventie van chronische aandoeningen (Nielen, 2008). Voor de uitvoering van preventieve taken wordt vooral voor het opsporen van de doelgroep en het aanbieden van leefstijlinterventies, de nadruk gelegd op samenwerking met andere (zorg)professionals en organisaties op wijkniveau (SGF, 2010; Wyers et al., 2012). Als partners worden GGD/gemeente, bedrijfsarts, apotheek, wijkverpleegkundige, thuiszorg, paramedici en verzekeraars genoemd. Voor het realiseren van lokale netwerken, en dus het bevorderen van lokale samenwerking, krijgt de GGD/gemeente samen met de ROS'en (Regionale Ondersteunings-Structuren) een faciliterende rol toebedeeld (Bloten & van den Broek, 2012; RVZ, 2012).

Verscherping inclusiecriteria voor deelname
De inzet van leefstijlbegeleiding zal in de praktijk worden beperkt door zorgcapaciteit, financiële middelen en bereidwilligheid van zorgverleners (Milder et al., 2010; Van der Meer, 2009). Om de inzet van interventies beheersbaar te houden, lijkt daarom prioritering binnen de doelgroep, bijvoorbeeld op basis van motivatie van deelnemers, noodzakelijk. Naast de grootte van de doelgroepen vormt ook de eerder genoemde overlap in inclusiecriteria tussen verschillende programma's een aandachtspunt (zie *tabel 6.1*). De overlap leidt tot onduidelijkheid over welk programma voor welk individu het meest geschikt is. Voor structurele inbedding van preventie van cardiometabole ziekten is daarom afstemming tussen, of integratie van, verschillende programma's nodig (Wyers et al., 2012).

Meer inzicht in effectiviteit
Een gebrek aan kennis over (kosten)effectiviteit van interventies ter preventie van cardiometabole aandoeningen, vormt een belangrijke belemmerende factor voor structurele inbedding (Nielen, 2010; Godefrooij, 2012; Wyers et al., 2012; Wyers et al, 2013). Hoewel verschillende studies een eerste indruk geven van de te verwachten resultaten van preventieve programma's in de dagelijkse zorgpraktijk (Van Limpt, 2011; Ter Bogt, 2011) ontbreekt kennis over de werkzame elementen van leefstijlbegeleiding en de langetermijneffecten van preventieve programma's. Daarbij moet worden gerealiseerd, dat het effect van preventieve interventies samenhangt met de hoogte van het risico en/of de motivatie van deelne-

mers en aanbod aan interventies in wijk/lokale setting (Helmink, 2010; Vermunt et al., 2011; Wyers et al., 2012). Er is meer inzicht nodig in de toepasbaarheid van succesvolle interventies in andere settings en in de werkzaamheid bij kwetsbare groepen, zoals allochtonen of mensen met lage ses (RVZ, 2012). Om beschikbare kennis vanuit verschillende initiatieven te bundelen, is het van belang aansluiting te zoeken bij bestaande projecten (Wyers et al., 2012), bijvoorbeeld via de i-database van het Centrum Gezond Leven (CGL) van het RIVM.

Structurele financiering is randvoorwaarde
Een belangrijke randvoorwaarde voor (landelijke) implementatie is structurele financiering (Nielen, 2010; Godefrooij, 2012; Wyers et al., 2012). Langdurige bekostiging van preventieve activiteiten blijkt echter niet eenvoudig te realiseren. In het standpunt over het PC CMR uit 2011, bepaalde het CVZ dat actieve opsporing van hoogrisicopersonen onder selectieve preventie valt, en daarmee niet kan worden bekostigd vanuit de Zorgverzekeringswet (Latta et al., 2011). In hetzelfde jaar besloot het ministerie van VWS de Beweegkuur niet in de basisverzekering op te nemen. Voor het VRM-programma, waar opsporing en leefstijlbegeleiding van hoogrisicopersonen specifiek onderdeel van uitmaakt, sloot in 2010 slechts één zorgverzekeraar keten-DBC-contracten af met zorggroepen (Struijs, 2012). De RVZ pleit voor het instellen van een zogenoemd ‘preventiefonds’ (RVZ, 2011). Bij een dergelijk fonds wordt bijvoorbeeld 1 procent van de premiemiddelen voor de curatieve zorg (€ 350 miljoen) ingezet voor preventieve activiteiten. Gemeenten en zorgverzekeraars zijn samen beheerders van het fonds en kunnen beide een aanvraag doen voor financiering van preventief beleid (RVZ, 2011). Hiermee zou ook structurele financiering van programma’s ter preventie voor cardiometabole ziekten kunnen worden gerealiseerd. Een andere mogelijkheid voor structurele financiering zou – in overeenstemming met de zorgstandaard VRM en in lijn met de programmatische aanpak – kunnen liggen in het nadrukkelijker verbinden van gezondheid (waaronder preventie) en zorg, waar vervolgens één betaalterm tegenover wordt gesteld (De Bakker et al., 2012). Deze verbinding biedt tevens ruimte voor het inbedden van preventie in de dagelijkse zorgpraktijk.

B7
Vroegopsporing van kwetsbare ouderen

7.1 Inleiding

Veel ouderen zijn kwetsbaar
Naar schatting zijn er in Nederland 700.000 ouderen die te maken hebben met problemen op fysiek, sociaal en psychisch gebied (Van Campen, 2011). Deze groep wordt ook wel aangeduid met de term kwetsbare ouderen. Kwetsbare ouderen lopen een verhoogde kans op onder meer beperkingen, sterfte en opname in een verpleeg- of verzorgingshuis (Daniels et al., 2008).
Uit meerdere publicaties blijkt dat kwetsbare ouderen vaak niet tijdig in beeld zijn bij zorgverleners. In theorie zou er gezondheidswinst zijn te behalen (KNMG, 2010; Van Hout et al., 2011; Van Campen, 2011). Door middel van vroegopsporing en een inschatting van de zorgbehoefte kunnen (verdere) beperkingen in het functioneren en voortijdige opname in een verpleeg- en of verzorgingshuis mogelijk worden voorkomen.

Participatie en zelfstandigheid zijn belangrijke doelen van ouderenbeleid
Zo lang mogelijk zelfstandig thuis kunnen blijven wonen en kunnen blijven deelnemen aan het maatschappelijk leven zijn belangrijke doelen van het ouderenbeleid in Nederland (VWS, 2013). Hieraan liggen meerdere overwegingen ten grondslag. Het zo lang mogelijk maatschappelijk participeren, kan bijdragen aan de gezondheid van ouderen (Post & Van der Lucht, 2012). De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) heeft hiervoor de term ‘active ageing’ geïntroduceerd (WHO, 2002). Daarnaast is het beleid ook ingegeven door overwegingen om de verwachte toekomstige druk op de gezondheidszorg te verlichten.

Leeswijzer
In dit *hoofdstuk* schetsen we eerst de ontwikkelingen die van invloed zijn op de belangstelling voor kwetsbare ouderen en de vroegtijdige opsporing van deze groep (zie *paragraaf* 7.2). Vervolgens beschrijven we het interventieaanbod voor zelfstandig wonende, kwetsbare ouderen (zie *paragraaf* 7.3). Daarnaast

maken we inzichtelijk wat er bekend is over de effecten van interventies voor zelfstandig wonende, kwetsbare ouderen op beperkingen in activiteiten van het dagelijks leven, sterfte en opname in een verpleeghuis (zie *paragraaf* 7.4). Tot slot gaan we in op de kansen en belemmeringen voor interventies gericht op kwetsbare ouderen (zie *paragraaf* 7.5).

7.2 Probleemschets

Aandeel ouderen in bevolking neemt komende decennia toe
In de komende decennia zal een steeds groter deel van de wereldbevolking 65-plus zijn (Futurage, 2011; OECD, 2006; Bloom et al., 2011). In Europa zal het aandeel 65-plussers in de bevolking naar verwachting verdubbelen tot 30 procent in 2060 (Harbers et al., 2012). Voor Nederland wordt naar schatting het grootste aantal ouderen bereikt in 2040 met 4,6 miljoen ouderen (Zantinge et al., 2011). Met het stijgen van de leeftijd neemt de kans op gezondheidsproblemen toe, vooral de kans op chronische ziekten (Hoeymans et al., 2010; Zantinge et al., 2011). Ongeveer twee derde van de 65plussers heeft te maken met een of meerdere aandoeningen tegelijkertijd (multimorbiditeit), bij 85-jarigen ligt dit op 85 procent (Marengoni et al., 2011; Vogeli et al., 2007; Van den Akker et al., 1998).

Als gevolg van vergrijzing meer ouderen met complexe zorgvraag
De zorgvraag zal naar verwachting als gevolg van de vergrijzing toenemen en eveneens complexer worden. Dit zal druk leggen op zowel de betaalbaarheid als de inrichting van de ouderenzorg. De huidige inrichting sluit (nog) onvoldoende aan bij de complexe zorgvraag op psychisch, sociaal en fysiek gebied van een groeiende groep ouderen. De aard van de vraag maakt dat er vaak meerdere zorgverleners bij de zorg betrokken zijn. De huidige zorg is echter veelal gefragmenteerd en reactief van aard (Bodenheimer, 2008). Uit meerdere publicaties blijkt dat ouderen met complexe, interacterende problematiek vaak niet tijdig in beeld zijn bij zorgverleners en er in theorie gezondheidswinst zou zijn te behalen (KNMG, 2010; Van Hout et al., 2011; Van Campen, 2011).

Wat is kwetsbaar?
Er bestaat geen eenduidigheid over de definitie van het begrip kwetsbare ouderen. Een veelgebruikte definitie is die van Gobbens en anderen (Gobbens, 2010a, b, c). Zij beschrijven kwetsbaarheid als ‘een proces van het opeenstapelen van lichamelijke, psychische en/of sociale tekorten in het functioneren’ (Gobbens, 2010a, b, c). Kwetsbare ouderen hebben een verhoogde kans op negatieve uitkomsten als achteruitgang in functioneren, opname en overlijden (Daniels et al., 2008). De draagkracht van deze ouderen is verminderd, waardoor veranderingen in de omgeving (zoals het verlies van een partner of een achteruitgang in inkomen) kunnen leiden tot een plotselinge achteruitgang in gezondheid en functioneren (Van Campen, 2011; RVZ, 2012a). Er zijn grofweg twee soorten kwetsbaarheid die in de literatuur worden gehanteerd:

- een verhoogd risico op complexe, interacterende (gezondheids)problemen,
- of de aanwezigheid van complexe, interacterende (gezondheids)problemen. Onder complexe problemen worden onder meer functiebeperkingen, multimorbiditeit en polyfarmacie verstaan, maar ook sociale (eenzaamheid) en financiële problematiek.

Kwetsbaarheid is een dynamisch proces
Kwetsbaarheid is een dynamisch proces dat door de tijd heen kan veranderen. Individuen kunnen tijdelijk of blijvend kwetsbaar zijn, maar kunnen ook overlijden zonder ooit kwetsbaar te zijn geweest. Naarmate de leeftijd vordert, neemt de kans op kwetsbaarheid toe, maar ook jongere mensen kunnen kwetsbaar zijn. Factoren die van invloed zijn op de mate van kwetsbaarheid zijn: leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status (opleiding en inkomen), burgerlijke staat, etniciteit, leefomgeving, genetische factoren, levensgebeurtenissen en woonomgeving (Van Campen, 2011). Ook ziekten spelen een rol bij het ontstaan van kwetsbaarheid. Enerzijds vergroot de aanwezigheid van een of meer ziekten (multimorbiditeit) de kans op kwetsbaarheid, anderzijds kan het een aspect van kwetsbaarheid zijn.

Overlap tussen kwetsbare ouderen en ouderen met multimorbiditeit
Ouderen die lijden aan meerdere ziekten tegelijk (multimorbiditeit) zijn vaker kwetsbaar, maar niet alle kwetsbare ouderen voldoen aan de diagnose van een of meer ziekten (Van Campen, 2011). Onder de groep kwetsbare ouderen is een aanzienlijke overlap met zowel de groep ouderen met multimorbiditeit als met de groep ouderen met lichamelijke beperkingen. De overlap met de groep ouderen met lichamelijke beperkingen is volgens recent onderzoek van het SCP relatief het grootst. Van de zelfstandig wonende 65-plussers met een hoge kwetsbaarheid, vertoont 7 procent overlap met zelfstandig wonende 65-plussers met beperkingen en 2 procent overlap met ouderen met multimorbiditeit. Er is ook een groep die overlap vertoont met zowel multimorbiditeit als beperkingen (13 procent). In het onderzoek van het SCP is voor kwetsbaarheid de definitie van Gobbens gebruikt (Van Campen, 2011). In eerder Nederlands onderzoek onder alle 65-plussers, met een smallere definitie van kwetsbaarheid, is er meer overlap tussen kwetsbare ouderen en ouderen met multimorbiditeit (Deeg & Puts, 2007). Zij vonden respectievelijk 14,8 procent overlap met ouderen met multimorbiditeit en 11,9 procent met ouderen met beperkingen onder ouderen met kwetsbaarheid.

Ongeveer 1 miljoen kwetsbare ouderen in 2030
De schattingen van het aantal kwetsbare ouderen in Nederland lopen uiteen. De omvang hangt onder meer af van de definitie van kwetsbaarheid die wordt gehanteerd. Het Sociaal en Cultureel Planbureau becijferde in een recente studie, uitgaande van de definitie van kwetsbaarheid van Gobbens, dat in 2007 24 procent van de zelfstandig wonende 65-plussers kwetsbaar is. Dat komt neer op ongeveer 500.000 personen. Het merendeel van de kwetsbare ouderen woont zelfstandig. In totaal zijn er tussen de 600.000 en 700.000 kwetsbare ouderen van 65-plus. De verwachting is dat de totale groep kwetsbare ouderen, zowel zelfstandig wonend als wonend in instellingen, zal stijgen tot één miljoen personen in 2030 (Van Campen, 2011). Het aandeel kwetsbare ouderen onder 65plussers zal echter dalen van 27 procent in 2010 naar 25 procent in 2030. Dit hangt samen met het toegenomen opleidingsniveau.

7.3 Aanbod en bereik

Interventie aanbod voor kwetsbare ouderen is divers
Uit de literatuur komt naar voren dat er diverse initiatieven zijn om negatieve gezondheidsuitkomsten en onnodig zorggebruik bij zelfstandig wonende kwetsbare ouderen te voorkomen (Melis, 2008a, b; De Bruin et al., 2012; Van Campen, 2011). De oplossing wordt gezocht in onder andere vroegopsporing en integrale ouderenzorg, waardoor (verdere) beperkingen in het functioneren en voortijdige opname in een

verpleeg- en of verzorgingshuis mogelijk kunnen worden voorkomen (RVZ, 2012a; CSO, NFU en ZonMw, 2012). Aangezien de huisarts 80 procent van de zelfstandig wonende kwetsbare ouderen ziet, wordt hij/zij gezien als een belangrijke speler als het gaat om vroegopsporing en begeleiding van zorg aan kwetsbare ouderen (Van Campen, 2011). We zullen ons in de rest van dit *hoofdstuk* dan ook richten op initiatieven waarbij de huisarts een centrale rol speelt. Maar voordat we ingaan op manieren van vroegopsporing door de huisarts, gaan we in op de verschillende doelen van vroegopsporing.

Meerdere doelen en vormen van vroegopsporing

Het tijdig opsporen van kwetsbare ouderen kent twee verschillende doelen die samenhangen met de twee soorten van kwetsbaarheid die in de *vorige paragraaf B7.2* aan de orde kwamen:

1. Het opsporen van ouderen met een verhoogd risico op (gezondheids)problemen. Deze groep ouderen heeft over het algemeen nog geen (ernstige) functiebeperkingen. Het gaat hierbij vooral om het voorkómen van achteruitgang in functioneren. Consultatiebureaus voor ouderen zijn hier bijvoorbeeld op gericht, maar ook een huisbezoek aan ouderen door vrijwilligers kan deze functie vervullen (Hamberg-Van Reenen et al., 2013).
2. Het opsporen van ouderen met (gezondheids)problemen om verergering tegen te gaan. Deze groep ouderen heeft vaak complexe interacterende gezondheidsproblemen. Te denken valt aan functiebeperkingen, polyfarmacie en multimorbiditeit (Van Nordennen et al., 2011). Het gaat hierbij veelal om het voorkómen van opname in een verpleeg- of verzorgingshuis en om het behoud van kwaliteit van leven. Het gaat hier meestal om triage op kwetsbare ouderen als doelgroep voor integrale ouderenzorg.

Meerdere manieren van vroegopsporing door de huisarts

Huisartsen kunnen op meerdere manieren aan vroegopsporing doen. Er zijn verschillende instrumenten voor vroegopsporing in omloop (Van Campen, 2011; Van de Rijdt-Van de Ven, 2009). Er is onderscheid te maken tussen instrumenten gebaseerd op zelfrapportage, en op klinische observatie van risicofactoren (Daniels et al., 2011; Metzelthin et al., 2010a). Daar waar zelfrapportage onderdeel van een meer systematische aanpak is, is klinische observatie ook vaak ad hoc (bij ouderen die voor een ander gezondheidsprobleem op consult komen ook zoeken naar risicofactoren voor kwetsbaarheid). Naast zelfrapportage middels vragenlijsten zijn er recente initiatieven die gebruikmaken van beschikbare patiëntinformatie om kwetsbare ouderen te identificeren. Het kan daarbij gaan om geautomatiseerde opsporing met behulp van een algoritme dat gebruikmaakt van gegevens uit het huisartsinformatiesysteem (Bleijenberg et al., 2012) of om een klinische beoordeling door de huisarts op basis van zijn kennis en informatie over de patiënt (Van Kempen et al., 2013).

Ook zijn er gecombineerde aanpakken, waarbij identificatie van kwetsbare ouderen wordt gevolgd door een onderzoek door zorgverleners, om de exacte zorgbehoefte in kaart te brengen. Dat kan bijvoorbeeld gebeuren tijdens een huisbezoek. Veelal zijn het wijkverpleegkundigen of praktijkondersteuners die op indicatie één of meerdere huisbezoeken afleggen (Van de Rijdt-Van de Ven; 2009). Naast het feit dat de methode van vroegopsporing varieert, verschillen de instrumenten ook in de definitie van kwetsbaarheid. Het ene instrument richt zich vooral op fysieke kwetsbaarheid, terwijl de ander focust op een multidimensionele vorm van kwetsbaarheid (ook psychische en sociale kwetsbaarheid). Het ontbreekt vooralsnog aan consensus over welk instrument het beste kan worden ingezet (Van Campen, 2011; Lacas & Rockwood, 2012; Van de Rijdt-Van de Ven, 2009). Dit lijkt mede afhankelijk van het doel van de vroegopsporing.

Aard interventie afhankelijk van doelgroep
Na vroegopsporing kunnen uiteenlopende interventies worden ingezet. De aard van de interventie hangt samen met de doelgroep. Voor de groep ouderen die nog niet te maken heeft met complexe interacterende (gezondheids)problemen, zijn dit veelal interventies die zich richten op voornamelijk leefstijlgerelateerde factoren (RVZ, 2012). Het gaat dan bijvoorbeeld om vasculair risicomanagement of het inzetten van interventies gericht op het voorkómen van eenzaamheid.
Bij de ouderen met complexe problematiek zijn de interventies sterker gericht op de aanwezige (gezondheids)problemen en gerelateerde problemen als polyfarmacie. Ook is er meer aandacht voor de organisatie van zorg. De zorg sluit nog onvoldoende aan op de complexe zorgvraag op fysiek, psychisch en sociaal gebied van kwetsbare ouderen (zie *tekstbox B7.1*). Dit type interventies neemt dan ook de principes van integrale zorg mee, zoals multidisciplinariteit, multidimensionele aanpak, afstemming en samenwerking, proactief en maximaliseren van autonomie (De Bruin et al., 2012).

Tekstblok B7.1: Zorg sluit nog onvoldoende aan op de complexe zorgbehoefte van kwetsbare ouderen.

Voor interventies gericht op ouderen met complexe problematiek is de organisatie van de zorg een aangrijpingspunt. De zorg is van oudsher reactief in plaats van proactief ingesteld en gericht op enkelvoudige aandoeningen (KNMG, 2010). Ook veel richtlijnen en zorgstandaarden zijn ziektespecifiek. Door de diversiteit aan problemen bij kwetsbare ouderen zijn er vaak verschillende zorg- en hulpverleners/zorginstanties betrokken bij de zorg, zoals wijkverpleegkundigen, huisartsen, praktijkondersteuners, medisch specialisten, geriaters, gemeenten, ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, welzijnsorganisaties en woningbouwcorporaties. Afstemming tussen deze verschillende zorgverleners en coördinatie van zorg ontbreekt vaak. Een ander knelpunt is dat het aanbod en de achterliggende financiering vaak versnipperd zijn.
(Bron: Numans, 2012; RVZ, 2012; KNMG, 2010).

Groot Nederlands onderzoeksprogramma naar effecten integrale zorgmodellen
In Nederland loopt een groot onderzoeksprogramma naar de effectiviteit van interventies gericht op kwetsbare ouderen. Binnen dit Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) zijn er zogenaamde transitieprojecten waarin expliciet wordt gekeken naar interventies gericht op ouderen met complexe problematiek (Metzelthin et al., 2010b; Bleijenberg et al., 2012; Suijker et al., 2012; Muntinga et al., 2012). Om beter aan te sluiten bij de integrale zorgbehoefte van de ouderen worden verschillende aspecten van integrale zorg in deze interventies meegenomen. Dan kan het gaan om uiteenlopende zaken, zoals de inzet van multidisciplinaire teams, de aanwezigheid van een zorgcoördinator en het maximaliseren van de autonomie van de patiënt door deze bijvoorbeeld te betrekken bij het opstellen van een zorgbehandelplan. Een deel van de projecten gericht op zelfstandig wonende ouderen besteedt expliciet aandacht aan proactieve vroegtijdige opsporing in de huisartspraktijk, zoals het Ouderenzorgproject Midden Utrecht en het project Geriatrisch zorgmodel. De projecten binnen het NPO zijn echter heterogeen in termen van doel en methode van uitvoering. Het NPO loopt tot 2014. Ook Vilans en het NIVEL doen onderzoek naar integrale zorgmodellen die kunnen worden toegepast op kwetsbare ouderen (Vilans, 2012).

Zorgmodellen niet structureel ingebed
Tot voor kort werden integrale zorgmodellen voor kwetsbare ouderen nog nauwelijks in de Nederlandse praktijk toegepast (Vilans, 2012; Van de Rijdt-Van de Ven, 2009). De laatste jaren worden zorgmodellen vaker in de Nederlandse praktijk uitgerold. Zo ondersteunt Vilans bijvoorbeeld in een pilot (2011-2012) huisartspraktijken bij de uitvoering van een vorm van casemanagementmodellen (guided care modellen). Ook binnen het NPO worden de zorgmodellen in de praktijk getoetst. Deze modellen zijn echter nog niet op grote schaal ingevoerd.

Bereik interventies nog onduidelijk
Er is nog niet veel bekend over het bereik van interventies gericht op vroegopsporing van gezondheidsproblemen bij kwetsbare ouderen (Hamberg-Van Reenen et al., 2013). Binnen het Nationaal Programma Ouderenzorg (NPO) wordt hier aandacht aan besteed, maar dit programma is nog niet afgerond. Gezien het nog weinig structurele karakter van de interventies, zal het aantal ouderen dat momenteel wordt bereikt met de ingezette interventies dan ook nog beperkt zijn. Een grove schatting is dat door middel van NPO-transitieprojecten gericht op de doelgroep momenteel hoogstens enkele tienduizenden kwetsbare ouderen worden bereikt.

7.4 Effecten op gezondheid, participatie en kosten

Interventies gericht op meerdere effecten
Interventies voor kwetsbare, zelfstandig wonende ouderen beogen zowel kosteneffecten (verminderd zorggebruik), participatie-effecten (kunnen blijven deelnemen aan de samenleving) als gezondheidseffecten (onder andere voorkómen van sterfte en van verlies van functioneren). Welke effecten ze beogen, hangt mede af van de doelgroep waar de interventie op is gericht. Het kan daarbij gaan om ouderen met een verhoogd risico op gezondheidsproblemen als ook om ouderen met complexe problemen. In de bestaande literatuur worden deze doelgroepen niet altijd duidelijk gescheiden, vandaar dat dit ook in de systematische reviews over effecten door elkaar heen loopt. Door alleen te kijken naar reviews over huisbezoeken, is getracht om de heterogeniteit in het aanbod, in elk geval qua vorm, zoveel mogelijk te beperken.

Huisbezoek lijkt een beschermend effect te hebben op sterfte bij jonge ouderen
Het effect van huisbezoeken op sterfte is inconsistent. Sommige reviews vinden wel een beschermend effect, terwijl andere geen beschermend effect vinden (Elkan et al., 2001, Huss et al., 2008). Dit geldt zowel voor reviews die alleen hebben gekeken naar kwetsbare ouderen als voor reviews met huisbezoekprogramma's voor alle ouderen. Ook een review waarin is gekeken naar intensieve huisbezoeken (ten minste vier per jaar) bij kwetsbare ouderen, vindt geen effect op sterfte (Bouman et al., 2008). Op basis van 106 studies concluderen Beswick en anderen (2010) dat complexe interventies, waar preventieve huisbezoeken en vroegtijdige opsporing deel van uitmaken, gemiddeld genomen niet bijdragen aan het verminderen van sterfte.
Twee reviews hebben gekeken naar verklaringen voor de verschillen in effect (Huss et al., 2008; Stuck et al., 2002). Beide onderzoeken richten zich op de totale populatie ouderen. Uit de reviews komt naar voren dat het effect samenhangt met de leeftijd van de deelnemers aan het huisbezoek. Bij ouderen tot 77 jaar constateren de onderzoekers wel een beschermend effect op sterfte, maar bij oudere ouderen (> 77 jaar)

niet. Beswick en anderen (2008) zien gemiddeld genomen geen beschermend effect op sterfte, maar zien wel een vermindering in kans op sterfte in studies van vóór 1993. Een potentiële verklaring die de auteurs hiervoor aandragen, is dat de standaardzorg door de jaren heen beter is geworden waardoor het gevonden effect kleiner wordt. Daarnaast blijken ouderen onder de 74 jaar meer te profiteren van complexe interventies dan ouderen boven de 74 jaar.

Effect van huisbezoek op ADL lijkt samen te hangen met kenmerken interventie

Reviews naar het effect van huisbezoekprogramma's op het uitvoeren van activiteiten van het dagelijks leven (ADL), activiteiten als het gaan zitten en opstaan uit een stoel, in en uit bed stappen, en de trap op- en aflopen, vinden tegenstrijdige resultaten. Zo vinden Elkan et al. (2001) voor zowel kwetsbare ouderen als de algemene populatie ouderen geen significante effecten. Uit een overzichtsstudie naar multifactoriële interventies (Beswick et al., 2008; 2010) komt naar voren dat complexe interventies een klein beschermend effect hebben op ADL (standardized mean difference -0.07). Volgens een review met meta-regressie hebben huisbezoekprogramma's een beschermend effect op achteruitgang in functioneren, als een klinisch onderzoek deel uitmaakt van het eerste assessment (Huss et al., 2008). Daarnaast lijkt het verschil uit te maken of de interventie gericht is op ouderen met een hoog risico op sterfte of op degenen met een lager risico op sterfte (Stuck et al., 2002). Er is een beschermend effect in de groep ouderen met een lager risico op sterfte. Ook is er in de review van Stuck en anderen een beschermend effect te zien in studies, waarin een assessment werd gecombineerd met aanvullende huisbezoeken.

Rol aantal huisbezoeken op verpleeghuisopname is onduidelijk

Of het inzetten van huisbezoeken een verpleeghuisopname kan voorkomen, is onduidelijk. De gevonden reviews spreken elkaar tegen. Er zijn studies die een vermindering laten zien in het aantal opnamen in een verpleeghuis, maar er zijn ook studies die geen effect laten zien (Elkan et al., 2001; Huss et al., 2008, Stuck et al., 2002). Volgens de meta-analyse van Beswick (2008; 2010) verkleinen complexe interventies de kans op opname in een verpleeghuis. De kans op opname is verminderd in de groep kwetsbare ouderen. Ook zien zij een beschermend effect in de groep ouderen met de hoogste sterftekans. Stuck en anderen (2002b) concluderen dat het aantal bezoeken van invloed is op de kans op verpleeghuisopname. Bij vijf of meer huisbezoeken is een significante vermindering van het aantal verpleeghuisopnamen te zien. Volgens een review met meta-regressie analyse was er geen effect van het aantal huisbezoeken (Huss et al., 2008). Een review die zich beperkte tot studies met meer dan vier huisbezoeken vond echter ook geen effect (Bouman et al., 2008). Meta-regressie analyses (Beswick et al., 2008) laten zien dat dit effect (vermindering van opname in een verpleeghuis) vooral komt door de oudste studies tot 1993. Een potentiële verklaring die de auteurs hiervoor aandragen, is dat de standaardzorg door de jaren heen beter is geworden waardoor het gevonden effect kleiner wordt.

Effect op uitkomstmaat verschilt per doelgroep

De effecten van huisbezoekprogramma's zijn vrij lastig te interpreteren. Het ene programma vindt wel een effect op ADL, sterfte en verpleeghuisopname, de andere niet. Toch zijn er wel enkele aanwijzingen over de doelgroep bij wie de meeste gezondheidswinst is te behalen. Dit lijkt afhankelijk te zijn van het doel van het programma. Als het doel is om sterfte te voorkomen, zijn er aanwijzingen dat huisbezoekprogramma's een beschermend effect hebben voor de jongere ouderen (onder de 74 jaar). Hetzelfde geldt bij het voorkómen van ADL (jonge ouderen en lager risico van sterfte). Bij het verkleinen van de kans op verpleeghuisopname zijn er indicaties dat juist de kwetsbaarste ouderen hiervan profiteren (zij

het alleen bij de complexe interventies).

Geen informatie over participatie-effecten programma's
Het bevorderen van zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen en deelnemen aan de samenleving vormen belangrijke beleidsdoelen van de landelijke overheid, neergelegd in wetten als de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Programma's gericht op het voorkómen van functionele achteruitgang zouden kunnen bijdragen aan het bevorderen van participatie van ouderen. Beperkingen in het functioneren kunnen een obstakel zijn bij het ondernemen van maatschappelijke activiteiten. Niet alleen voor de oudere zelf, maar ook voor de mantelzorger van de kwetsbare oudere kunnen interventieprogramma's van belang zijn. Als de oudere geen (of minder) ondersteuning nodig heeft, betekent dit dat de mantelzorger deze tijd aan andere zaken kan besteden. Er is zover bij ons bekend weinig informatie over de participatie-effecten van interventieprogramma's gericht op kwetsbare ouderen.
Weinig kennis over de kosteneffectiviteit van interventies
Er lijkt nog vrij weinig onderzoek te zijn gedaan naar de kosteneffectiviteit van preventieve huisbezoeken met assessment voor zelfstandig wonende ouderen, maar de drie gevonden studies lijken te wijzen op een gunstige kosteneffectiviteit. Bij Nederlandse kosteneffectiviteitsstudies wordt veelal een grens van 20.000 euro per voor kwaliteit van leven gecorrigeerd levensjaar (QALY) gehanteerd (Hamberg -Van Reenen & Meijer, 2011). Twee modelstudies vinden QALY's van tussen de 10.600 (met een tijdshorizon van vijf jaar) en 14.200 euro (met een tijdshorizon van het leven) (Keeler et al., 1999; Sahlen et al., 2008). De andere studie op basis van een RCT (Melis et al., 2008b) hanteert een andere uitkomst: de kosten per succesvolle behandeling (3.418 euro). Een van de drie studies hanteert een maatschappelijk perspectief, waarbij ook kosten buiten de gezondheidszorg worden meegenomen (Sahlen et al., 2008). De andere richten zich op kosten binnen de gezondheidszorg (Melis et al., 2008b; Keeler et al., 1999). Deze laatste twee studies zijn ook specifiek gericht op zelfstandig wonende ouderen met gezondheidsproblemen of kwetsbare ouderen, de andere richt zich op de totale populatie ouderen. In het NPO worden ook kosteneffectiviteitstudies uitgevoerd (CSO, NFU en ZonMw, 2012); ten tijde van het schrijven van dit *hoofdstuk* waren deze echter nog niet beschikbaar.

7.5 Kansen en belemmeringen

Kans: kwetsbare ouderen staan op de agenda
Door maatschappelijke en demografische ontwikkelingen wordt er gekeken naar de mogelijkheden voor het optimaliseren van de zorg aan kwetsbare ouderen. Kwetsbare ouderen staan in de belangstelling van beleidsmakers, beroepsgroepen en wetenschappers. In meerdere toekomstplannen voor de zorg aan kwetsbare ouderen (RVZ, 2012; CSO, NFU en ZonMw, 2012) komen twee elementen vaak terug; inzetten op vroegtijdig opsporen van kwetsbare ouderen en het optimaliseren van de organisatie van de zorg. Op die manier wil men ervoor zorgen dat beide groepen kwetsbare ouderen (degenen met complexe (gezondheids)problemen en degenen met een verhoogde kans hierop) zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven wonen en kunnen blijven meedoen aan de maatschappij.

Definitie van kwetsbaarheid niet eenduidig
Het valt op dat er verschillende definities van kwetsbaarheid door elkaar worden gebruikt. Soms slaat kwetsbaarheid op ouderen met een verhoogd risico. Preventie heeft in dat geval tot doel om gezond-

heidsproblemen te voorkomen. In andere gevallen gaat het om ouderen mét gezondheidsproblemen en heeft preventie tot doel om verergering te voorkomen. Dit laatste is een vorm van tertiaire of zorggerelateerde preventie en valt daarmee strikt genomen buiten de focus van dit rapport zoals beschreven in *hoofdstuk 1 van Deel A*. Aangezien de verschillende vormen door elkaar heen lopen, zeker waar het gaat om effecten, zijn deze niet goed af te bakenen. Daarom hebben we ervoor gekozen dit wel mee te nemen.

Belemmering: heterogeniteit van onderzoek naar effecten
Er is een veelheid aan studies gericht op vroegopsporing van kwetsbaarheid, maar deze zijn zeer heterogeen. Ze verschillen qua het soort kwetsbaarheid, het doel van vroegopsporing, het doel van de interventie en de methode van uitvoering (uitvoerders, setting, intensiteit, inhoud, follow-up duur) en de onderzochte uitkomstmaten (Suijker et al., 2012; Melis et al., 2008a, b). Vergelijkingen zijn lastig te maken, omdat deze elementen niet altijd expliciet en duidelijk zijn beschreven.

Kans: expliciteren van verschillen
Om meer grip te krijgen op de effecten op de verschillende doelgroepen, is het van belang dat de verschillen tussen studies worden geëxpliciteerd. De onderlinge vergelijkbaarheid tussen de verschillende studies kan worden geborgd door dezelfde ordeningsprincipes te hanteren. Daarmee kan de maatschappelijke relevantie van het onderzoek worden vergroot. Momenteel worden er binnen het NPO interventies geclusterd naar thema (screening, participatie, herstelzorg, zorgplannen, ICT-interventies en onderwijs) en worden vervolgens de werkzame elementen gedestilleerd. Wellicht is dit nog breder te trekken door ook te kijken naar interventies die buiten het NPO worden ontwikkeld en aangeboden. Op die manier kan de toepasbaarheid van de interventies in de praktijk worden vergroot.

Kans: Verbinding leggen met wijkgerichte zorg
Naast de aandacht voor kwetsbare ouderen is er de laatste jaren ook aandacht voor wijkgerichte zorg. In het Regeerakkoord van het kabinet Rutte 2 wordt geïnvesteerd in de outreachende wijkverpleegkundige als vorm van zorg in de buurt (Regeerakkoord, 2012). Deze wijkverpleegkundige kan ook bij mensen op bezoek zonder indicatie (ZonMw, 2009). Hierdoor kan de zorgbehoefte van een bredere groep kwetsbaren, waaronder ook kwetsbare ouderen, in kaart worden gebracht. Resultaten uit het ZonMw Programma Zichtbare schakel laten zien dat outreachende wijkverpleegkundige vooral zelfstandig wonende kwetsbare ouderen bereikt (Van der Meer & Postma, 2012; ZonMw, 2011b). Mogelijk dat een verbinding tussen deze ontwikkeling en de bevindingen binnen het NPO nog tot nieuwe inzichten kan leiden.

Kans: lessen uit integrale bekostiging chronische zorg
Integrale zorgmodellen voor kwetsbare ouderen worden voor zover bekend tot op heden in de Nederlandse praktijk veelal als pilot project toegepast, waarbij nog onduidelijk is in hoeverre deze effectief zijn en in de toekomst gehandhaafd kunnen blijven. Daarbij zullen naast inzicht in de effectiviteit ook tijd, motivatie van zorgverleners en structurele financiering belangrijk zijn om de duurzaamheid van dit soort modellen te garanderen. Er zijn allerlei initiatieven gaande om versnippering van financiering van chronische zorg tegen te gaan, zoals integrale bekostiging bij een aantal specifieke ziekten en populatiebekostiging (Struijs et al., 2012). Dit biedt wellicht ook mogelijkheden voor toepassing bij kwetsbare ouderen, omdat deze groep als gevolg van de complexe problematiek, en vaak ook complexe zorgsituatie, ook te maken heeft met een versnipperde financiering.

Literatuur Deel B

Achterberg PW, Kranen H van, Berg M van den. Vaccinatie en screening in Nederland; achtergrondrapportage bij VTV 2010 rapport 'Effecten van preventie' 2010. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 270061007, 2010.

Agt H van, Fracheboud J, Rebolj M, Korfage I, Koning H de. Volledige, evenwichtige en eerlijke voorlichting over nut en risico's bevolkingsonderzoek. Rotterdam: Erasmus Medisch Centrum, afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, 2008.

Akker M van den, Buntinx F, Metsemakers JF, Roos S, Knottnerus JA. Multimorbidity in general practice: prevalence, incidence, and determinants of co-occurring chronic and recurrent diseases. Journal of Clinical Epidemiology, 1998; 51:367-75.

Alssema M, Feskens EJ, Bakker SJ, Gansevoort RT, Boer JM, Heine RJ, et al. Finnish questionnaire reasonably good predictor of the incidence of diabetes in The Netherlands. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde , 2008;152:2418-24.

Alssema M, Newson RS, Bakker SJ, Stehouwer CD, Heymans MW, Nijpels G, et al. One risk assessment tool for cardiovascular disease, type 2 diabetes, and chronic kidney disease. Diabetes Care, 2012;35:741-8.

Baan CA, Schoemaker CG, Jacobs-van der Bruggen MAM, Hamberg-van Reenen HH, Verkleij H, Heus S, Melse JM Diabetes tot 2025. Preventie en zorg en samenhang. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 260322004, 2009.

Bakker-Camu GJW, Lijs-Spek WJG. Notitie: 'Gebruik vragenlijsten binnen de Jeugdgezondheidszorg'. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010.

Bakker D de, Raams J, Schut E, Vrijhoef B, de Wildt JE. Eindrapport van de Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging. Integrale bekostiging van zorg: Werk in uitvoering. Den Haag: Evaluatiecommissie Integrale Bekostiging, 2012.

Bastos J, Peleteiro B, Gouveia J, Coleman MP, Lunet N. The state of the art of cancer control in 30 European countries in 2008. International Journal of Cancer, 2010(1);126(11):2700-15.

Bemelmans WJE, Wendel-Vos GCW, Bogers RP, Milder IEJ, Hollander EL de, Barte JCM, Tariq L, Jacobs-van der Bruggen MAM. Kosteneffectiviteit beweeg- en dieetadvisering bij mensen met (hoog risico op) diabetes mellitus type 2. Literatuuronderzoek en modelsimulaties rondom de Beweegkuur. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 260401005, 2008.

Berg M van den. Geïnformeerd beslissen over screening. Een inventarisatie van onderzoeken naar geïnformeerde keuze over deelname aan bevolkingsonderzoeken. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2010.

Berg M van den, Bovendeur I, Meijer SA, Savelkoul M, Hamberg-van Reenen HH, Zwakhals SLN, et al. Effecten van preventieve interventies voor lokaal gezondheidsbeleid; Een overzicht op basis van de leeflijnen uit de handleidingen voor roken, alcohol, overgewicht en depressie. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 270382001, 2010.

Berg M van den, Schoemaker CG. Effecten van preventie. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 270061007, 2010.

Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Horwood J, Ebrahim S. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. Lancet, 2008;371:725-35.

Beswick AD, Gooberman-Hill R, Smith A, Wylde V, Ebrahim S. Maintaining independence in older people. Reviews in Clinical Gerontology, 2010;20:128-153.

Bleijenberg N, Drubbel I, Dam VH ten, Numans ME, Schuurmans MJ, Wit NJ de. Pro-active and integrated primary care for frail older people: design and methodological challenges of the Utrecht primary care PROactive frailty intervention trial (U-PROFIT). BMC Geriatrics, 2012;12:16.

Bloom DE, Boersch-Supan A, McGee P, Seike A. Population ageing facts, challenges and responses. Program on the global demography of ageing –working paper no 71. Harvard, 2011.

Bloten H, Broek M van den. Ketenaanpak diabetes realiseren door lokale samenwerking: Tussenrapportage

project Verankering ketenaanpak diabetes, opsporing, preventie en zorg. Utrecht: Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerste lijn (LVG) en GGD Nederland, 2012.
Bodenheimer T. The future of primary care: transforming practice. The New England Journal of Medicine, 2008; 359(20):2086-2089.
Bogt NC ter, Bemelmans WJ, Beltman FW, Broer J, Smit AJ, Meer K van der. Preventing weight gain by lifestyle intervention in a general practice setting: three-year results of a randomized controlled trial. Archives of Internal Medicine, 2011;171:306-13.
Bonsel GJ, Birnie E, Denktas S, Poeran J, Steegers EA. Lijnen in de perinatale sterfte, signalementstudie zwangerschap en geboorte. Rotterdam: Erasmus MC, 2010.
Bot S, Roos S de, Sadiraj K, Keuzenkamp S, Broek A van den, Kleijnen E. Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoedproblematiek en jeugdzorggebruik. Den Haag, Sociaal Cultureel Planbureau, 2013.
Bouman A, Rossum E van, Nelemans P, Kempen GI, Knipschild P. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: a systematic review. BMC Health Services Research, 2008;8:74.
Brouwer M, Heer F de. Magazine 'Leven & Lijf': Wat is het effect op kennis? Amsterdam: TNS NIPO, 2009.
Bruin SR de, Versnel N, Lemmens LC, Molema CM, Schellevis FG, Nijpels G, Baan CA (2012). Comprehensive care programs for patients with multiple chronic conditions: a systematic literature review. Health Policy, 2012;107:108-145.
Buitendijk SE, Nijhuis JG. High perinatal mortality in the Netherlands compared to the rest of Europe. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2004;148:1855-60.
Campen C van [red]. Kwetsbare ouderen. Den Haag: Sociaal Cultureel Planbureau (SCP), 2011.
Castles A, Adams EK, Melvin CL, Kelsch C, Boulton ML. Effects of smoking during pregnancy. Five meta-analyses. American Journal of Preventive Medicine, 1999;16:208-15.
CBS. Trendrapport 2010 Landelijke jeugdmonitor. Centraal Bureau voor de Statistiek. Den Haag/ Heerlen: 2010: 1-152.
CBS. Centraal Bureau voor de Statistiek. Doodsoorzakenstatistiek. http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=7233&HD=130306-1333&HDR=T&STB=G1,G2,G3, 21 juni 2013.
Colkesen EB, Ferket BS, Tijssen JG, Kraaijenhagen RA, Kalken CK van, Peters RJ. Effects on cardiovascular disease risk of a web-based health risk assessment with tailored health advice: a follow-up study. Journal Vascular Health and Risk Management, 2011;7:67-74.
Conroy RM, Pyorala K, Fitzgerald AP, Sans S, Menotti A, De Backer G, et al. Estimation of ten-year risk of fatal cardiovascular disease in Europe: the SCORE project. European Heart Journal, 2003;24:987-1003.
Crone MR, Vogels AG, Hoekstra F, Treffers PD, Reijneveld SA. A comparison of four scoring methods based on the parent-rated Strengths and Difficulties Questionnaire as used in the Dutch preventive child health care system. BMC Public Health, 2008(4);8:106.
Crutzen R, Kohl L, Vries NK de. Kennissynthese online preventie (in opdracht van ZonMw). Maastricht: Universiteit Maastricht, 2013.
CSO, NFU en ZonMw. Toekomstige ouderenzorg; kernwaarden, opbrengsten en perspectief. De visie van de koepel van ouderenorganisaties (CSO), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra en ZonMw, 2012.
Cuijpers P, Straten A. van, Smiths N, Smit F. Screening and early psychological intervention for depression in schools : systematic review and meta-analysis. European Child & Adolescent Psychiatry, 2006; 15(5): 300-307.
Cuijpers P, Donker T, Johansson R, Mohr DC, Straten A van, Andersson G. Self-guided psychological treatment for depressive symptoms: a meta-analysis. PloS One, 2012;6(6),e21272.
CVB. Centrum voor Bevolkingsonderzoek. Factsheet Onderzoek BMHK. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), 2012.
CVZ. Preventie van depressie: verzekerde zorg? Diemen, College voor Zorgverzekeringen, 2008.
CVZ. Pakketscan depressie. Gevraagde, aangeboden en verzekerde zorg vergeleken. Diemen: College voor

Zorgverzekeringen, publicatienummer 308, 2012.

CVZ. Standpunt internetbehandeling bij depressie. Diemen: College voor Zorgverzekeringen, 2013.

Daniels R, Rossum E van, Witte L de, Kempen GIJM, Heuvel W van den. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. BMC Health Services Research, 2008;8:278.

Daniels R. (thesis). Frail elderly. Identification and disability prevention in primary care. Maastricht: Universiteit Maastricht, 2011.

Deeg DJH, Puts WTE. Het kwetsbare succes van ouder worden. Over kwetsbaarheid, multimorbiditeit en beperkingen. Tijdschrift voor Verpleeghuisgeneeskunde, 2007;32:147-151.

Dekker JM, Alssema M, Janssen PGH, Paardt M van der, Festen CCS, Oosterhout MJW van, et al. M96. NHG-Standaard Het PreventieConsult module Cardiometabool. Huisarts en Wetenschap, 2011;54:138-55.

Deurloo JA, Rooijen K van, Beckers M, Dunnink T, Verkerk PH. Een beknopte evaluatie van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg. Leiden: Nederlandse organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (TNO), 2012.

Dorsselaer S van, Looze M de, Vermeulen-Smit E, Roos S de, Verdurmen J, Bogt T ter, Vollebergh W. HBSC 2009: Gezondheid, welzijn en opvoeding van jongeren in Nederland. Utrecht: Trimbos-instituut, 2010.

Dorst A van, Wiefferink K, Dusseldorp E, Galindo Gorre F, Crone M, Paulussen Th. Preventie van pesten op basisscholen volgens de PRIMA-methode. Leiden: Nederlandse organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (TNO), 2008.

Dubbeldam-Weststrate E, Beckers M. Scenario's voor flexibilisering in de JGZ. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), 2012.

Eijk L van, Verhage V, Noordik, E, Reijneveld M, Knorth E. TakeCare Provincie Groningen. Een onderzoek naar kenmerken van jeugdigen en hun ouders in relatie tot de geboden zorg. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen/Rijksuniversiteit Groningen, 2013.

Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, Williams D, Brummell K. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and metaanalysis. British Medical Journal, 2001;323:1–9.

Euro-Peristat, 2013. Nederlandse perinatale sterfte daalt. Derde Euro-Peristat 2013-onderzoek naar de perinatale gezondheid (gezondheid van moeder en kind rond de geboorte) in 29 Europese landen in 2013. www.europeristat.com

Fombonne E, Wostear G, Cooper V, Harrington R, Rutten M. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression. 1. Psychiatric outcomes in adulthood. British Journal of Psychiatry, 2001; 179: 210-217.

Futurage. A road map for European Ageing research. Sheffield: The Futurage project coordinated by the University of Sheffield, 2011.

Gelder BM van, Poos MJJC, Zantinge EM. Wat zijn de mogelijke gezondheidsgevolgen van roken? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidsdeterminanten\Leefstijl\Roken, 13 december 2012.

Geurts M, Rossum CTM van. Hoeveel mensen voldoen aan de Richtlijnen goede voeding? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidsdeterminanten\Leefstijl\Voeding, 26 maart 2013.

Gezondheidsraad. Vaccinatie tegen baarmoederhalskanker. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008.

Gezondheidsraad. Screening op baarmoederhalskanker. Den Haag: Gezondheidsraad, 2011.

GGD Nederland. Handleiding voor het gebruik van de SDQ binnen de jeugdgezondheidszorg. Vragenlijst voor het signaleren van psychosociale problemen bij kinderen van 7-12 jaar, Landelijke werkgroep Signaleringsinstrumenten Psychosociale Problematiek Jeugd (LSPPJ), 2006.

GGZ Nederland, 2010. Jeugd-ggz: Investeren in de toekomst. Ambities voor 2011-2014.

Gobbens RJJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JMGA. In search of an integral conceptual definition of frailty. Opinions of experts. Journal of the American

Medical Directors Association, 2010a;11(5):338-343.
Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JMGA. Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. Nursing Outlook, 2010b; 58(2):76-86.
Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JMGA. Towards an integral conceptual model of frailty. Journal of Nutrition, Health and Ageing, 2010c;14(3): 175-181.
Godefrooij MB, Kerkhof RM van de, Wouda PJ, Vening RA, Knottnerus JA, Dinant G-J, et al. Development, implementation and yield of a cardiometabolic health check. Family Practice, 2012;29:174-81.
Gommer AM, Hoeymans N, Poos MJJC. Ziektelast in DALY's: Welke verschillen zijn er tussen leeftijdsgroepen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Sterfte, levensverwachting en DALY's\Ziektelast in DALY's, 22 maart 2010.
Gommer AM, Poos MJJC. Hoe vaak komt kanker voor en hoeveel mensen sterven eraan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Kanker, 21 maart 2013. Geraadpleegd juni 2013.
Graaf JP de, Ravelli AC, Wildschut HI, Denktas S, Voorham AJ, Bonsel GJ, et al. Perinatal outcomes in the four largest cities and in deprived neighbourhoods in The Netherlands. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2008;152:2734-40.
Graaf R de, Have M ten, Gool C van, Dorsselaer S van. Prevalentie van psychische aandoeningen en trends van 1996 tot 2009: resultaten van nemesis-2. Tijdschrift voor Psychiatrie, 2012; 54(1), 27-38.
Hamberg-van Reenen HH, Meeteren-Schram MT van, Heus SM, Baan CA. Diabetesinterventies in kaart. Inventarisatie van diabetesinterventies op het terrein van preventie en zorg in Nederland. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 260322003, 2008.
Hamberg-van Reenen HH, Meijer S. Wat is de kosteneffectiviteit van preventie? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Preventie, 22 september 2011.
Hamberg-van Reenen HH, Bruin S de, Vermunt P, Molema C, Spijkerman A, Baan C. Succesfactoren van vroegtijdige opsporing van gezondheidsrisico's op lokaal niveau. Een eerste verkenning op basis van interviews met betrokkenen van vijf initiatieven. Bilthoven: RIVM Briefrapportnummer 260221006, 2013.
Harbers MM, Achterberg PW (eds). Europeans of retirement age: Chronic diseases and economic activity. Bilthoven: RIVM, 2012. http://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/docs/rivm_report_retirement_en.pdf
Heerwaarden Y van (2013). Handreiking. De JGZ in beeld bij adolescenten. Samen bouwen aan gezondheid en gezond gedrag voor duurzame participatie van jongeren. Utrecht, NCJ.
Helmerhorst ThJM (ErasmusMC), Trimbos JB (LUMC). Baarmoederhalskanker: Wat zijn de mogelijkheden voor diagnostiek en behandeling? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Kanker\Baarmoederhalskanker, 29 mei 2007.
Helmink JH, Meis JJ, Weerdt I de, Visser FN, Vries NK de, Kremers SP. Development and implementation of a lifestyle intervention to promote physical activity and healthy diet in the Dutch general practice setting: the BeweegKuur programme. International Journal of Behavorial Nutrition and Physical Activity, 2010;7:49.
Hendriksen GMM, Ligtenberg G, Roepnarain FJL. Preventie van diabetes: verzekerde zorg? Diemen: Dutch College for Health Insurance 2009.
Hille ET, Weisglas-Kuperus N, Goudoever JB van, Jacobusse GW, Ens-Dokkum MH, Groot L de, et al. Functional outcomes and participation in young adulthood for very preterm and very low birth weight infants: the Dutch Project on Preterm and Small for

Gestational Age Infants at 19 years of age. Pediatrics, 2007;120:e587-95.
Hoeymans N, Melse JM, Schoemaker CG (red). Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de VTV 2010 Van gezond naar beter. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 270061009, 2010.
Hoeymans N, Harbers MM (red). Gezondheid en Maatschappelijke participatie, themarapport van de VTV-2014. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 010004001 (in druk).
Hosper K, Deutekom M, Stronks K. The effectiveness of 'Exercise on Prescription' in stimulating physical activity among women in ethnic minority groups in the Netherlands: protocol for a randomized controlled trial. BMC Public Health, 2008;8:406.
Hout H van, Jansen A, Marwijk H van, Pronk M, Frijters D, Nijpels G. Preventieve huisbezoeken bij kwetsbare ouderen. Huisarts & Wetenschap, 2011; 54(7):366-374.
Huss A, Stuck AE, Rubenstein LZ, Egger M, Clough-Gorr KM. Multidimensional Preventive Home Visit Programs for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences, 2008;63(3):298-307.
IGZ. De jeugdgezondheidszorg in beweging. Den Haag: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2009.
IGZ. Staat van de Gezondheidszorg 2012. Preventie in de curatieve en langdurige zorg: noodzaak voor kwetsbare groepen. Utrecht: Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2012.
IKNL. Integraal Kankercentrum Nederland. www.cijfers-overkanker.nl, website geraadpleegd in februari 2013.
Jacobs-van der Bruggen MA, Bos G, Bemelmans WJ, Hoogenveen RT, Vijgen SM, Baan CA. Lifestyle interventions are cost-effective in people with different levels of diabetes risk: results from a modeling study. Diabetes Care, 2007;30:128-34.
Janssen PGH, Gorter KJ, Stolk RP, Rutten GE. Populatiescreening op diabetes mellitus type 2 levert weinig op. Verslag van het ADDITION-onderzoek. Huisarts en Wetenschap, 2009;52:225-30.
Jansen DE, Wiegersma P, Ormel J, Verhulst FC, Vollebergh WA, Reijneveld SA. Need for mental health care in adolescents and its determinants: The TRAILS Study. European Journal of Public Health, 2013; 23(2): 236-241.
Jaspers M. Prediction of psychosocial problems in adolescents. Do early childhood findingsof the preventive child healthcare help? Groningen: Dissertatie, Rijksuniversiteit Groningen, 2012.
Johansson R, Andersson G. Internet-bases psychological treatments for depression. Expert Review of Neurotherapeutics, 2012;12(8):861-870
Jong-Potjer LC de, Beentjes M, Bogchelman M, Jaspar AHJ, Asselt KM van. NHG-Standaard Preconceptiezorg. Huisarts Wet, 2011;54:310-2.
Jong-van Til JT de, Lemmens LC, Baan CA, Struijs JN. De organisatie van zorggroepen anno 2011: huidige stand van zaken en de ontwikkelingen in de afgelopen jaren. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 260131003, 2012.
Keeler EB, Robalino DA, Frank JC, Hirsch SH, Maly RC, Reuben DB. Cost-effectiveness of outpatient geriatric assessment with an intervention to increase adherence. Medical Care, 1999;37(12);1199-1206.
Kemp S van der, Poortvliet P. Preventieve gezondheidszorg voor Ouderen. Een inventarisatie van de implementatie van artikel 5a Wpg door gemeenten. Zoetermeer: Panteia, 2012.
Kempen JA van, Schers HJ, Jacobs A, Zuidema SU, Ruikes F, Robben SH, Melis RJ, Olde Rikkert MG. Development of an instrument for the identification of frail older people as a target population for integrated care. The British Journal of General Practice, 2013;63(608):3225-31.
Kist-van Holthe JE, Boere-Boonenkamp MM. Programmeringsstudie 2012. Amsterdam: VU Medisch Centrum, 2013.
Klomp M, Meulepas K, Anema B, Harms L. PreventieConsult in praktijk: een pilot. Medisch Contact, 2011;66:679-61.
KNMG. Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. KNMG-standpunt. Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, 2010.
Knops-Dullens R, Ven G van de, Tacken M, Braspenning J. Bevolkingsonderzoek Baarmoederhalskanker. Kennissynthese over het verbeteren van de uitno-

digingsstrategie. Nijmegen: Scientific Institute for Quality of Healthcare, IQ healthcare, 2009.
KNOV, STIVORO. Handreiking Beleid voor Begeleiding Stoppen met Roken in Verloskundigenpraktijken. Utrecht/Den Haag: KNOV/STIVORO, 2012.
Korfage IJ, Ballegooijen M van, Huveneers H, Essink-Bot ML. Anxiety and borderline Pap smear results. European Journal of Cancer, 2010; 46(1): 134-141.
Korfage IJ, Ballegooijen M van, Wauben B, Habbema JDF, Essink-Bot ML. Informed choice on Pap smear still limited by lack of knowledge on the meaning of false positive or false negative test results. Patient Education and Counselling 2011; 85:214-218.
Lacas A, Rockwood K. Frailty in primary care: a review of its conceptualization and implications for practice. BMC Medicine, 2012;10:4.
Lanting CI, Buitendijk SE, Crone MR, Segaar D, Bennebroek Gravenhorst J, Wouwe JP van. Clustering of socioeconomic, behavioural, and neonatal risk factors for infant health in pregnant smokers. PloS one, 2009;4:e8363.
Lanting CI, Wouwe JP van, Burg I van den, Segaar D, van der Pal-de Bruin KM. Smoking during pregnancy: trends between 2001 and 2010. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2012;156:A5092.
Latta JM, Derksen JTM, Eijndhoven MJA van, Hendriksen GMM, Meer FM van der. Het PreventieConsult. Diemen: College voor Zorgverzekeringen (CVZ), 2011.
LEBA, Landelijke Evaluatie Bevolkingsonderzoek naar Baarmoederhalskanker. Rotterdam: Erasmus MC, afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg, 2012.
Limpt PM van, Harting J, Assema P van, Ruland E, Kester A, Gorgels T, Knottnerus JA, Ree JW van, Stoffers HE. Effects of a brief cardiovascular prevention program by a health advisor in primary care; the ‘Hartslag Limburg’ project, a cluster randomized trial. Preventive Medicine, 2011;53:395-401.
Lindstrom J, Tuomilehto J. The diabetes risk score: a practical tool to predict type 2 diabetes risk. Diabetes Care, 2003;26:725-31.
LINH. LINH zorgregistratie huisartsen, NIVEL, IQ Healthcare, 2011.
Linmans JJ, Spigt MG, Deneer L, Lucas AE, Bakker M de, Gidding LG, Linssen R, Knottnerus JA. Effect of lifestyle intervention for people with diabetes or prediabetes in real-world primary care: propensity score analysis. BMC Family Practice, 2011;12:95.
Lokkerbol J, Verhaak P, Smit F. Strategische verkenning. Op zoek naar een kosteneffectieve Basis ggz: Scenario’s voor zorginnovatie. Utrecht: Trimbos-instituut, 2012.
Lumley J, Chamberlain C, Dowswell T, Oliver S, Oakley L, Watson L. Interventions for promoting smoking cessation during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2009:CD001055.
Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, Meinow B, Fratiglioni L. Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. Ageing Research Reviews 2011;10:430-9.
Marteau TM, Dormandy E, Michie S. A measure of informed gojse. Health Expectations, 2001;4:99-108.
McCowan LM, Dekker GA, Chan E, Stewart A, Chappell LC, Hunter M, et al. Spontaneous preterm birth and small for gestational age infants in women who stop smoking early in pregnancy: prospective cohort study. British Medical Journal, 2009;338:b1081.
Meer FM van der, Ligtenberg G, Staal PA. Preventie bij overgewicht en obesitas; de gecombineerde leefstijlinterventie. Diemen: Dutch College for Health Insurance 2009.
Meer EH van der, Postma JP. De ‘Zichtbare schakel’-wijkverpleegkundige: een hele zorg minder. Kosten-batenanalyse in opdracht van ZonMw. Amersfoort: BMC, 2012.
Meijer SA, Smit F, Schoemaker CG, Cuijpers P. Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, RIVM Rapportnummer 270672001, 2006.
Melis JF, Eijken MIJ van, Teerenstra S, Achterberg T van, Parker SG, Borm GF, Lisdonk EH van de, Wensing M, Olde Rikkert MGM. A randomized study of a multidisciplinary program to intervene on geriatric syndromes in vulnerable older people who live at home (Dutch EASYcare Study). Journal of Gerontology, 2008a;63a(3), 283-290.
Melis JF (thesis). Caring for vulnerable older people living in the community. About effective interventions and

effective methods for their evaluation. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen, 2008b.
Metzelthin SF, Daniels R, Rossum E van, Witte L de, Heuvel WJA van den, Kempen GIJM. The psychometric properties of three self-report screening instruments for identifying frail older people in the community. BMC Public Health, 2010a;10:176.
Metzelthin S, Rossum E van, Witte LP de, Hendriks MRC, Kempen GIJM. The reduction of disability in community-dwelling frail older people: design of a two-arm cluster randomized controlled trial. BMC Public Health, 2010b;10;511.
Meuwissen L. E-dossier JGZ leidt nog niet tot inzicht. Druk op de knop geeft informatie zonder betekenis. Medisch Contact, 2013; 2: 80-82.
Milder IEJ, Veldwijk J, Verschuren W.M.M, Blokstra A, Uiters A.H, Bemelmans W.J.E. Gecombineerde leefstijlbegeleiding bij overgewicht. Om hoeveel mensen gaat het in Nederland? Bilthoven: RIVM, 2010.
Mohangoo AD, Buitendijk SE, Hukkelhoven CW, Ravelli AC, Rijninks-van Driel GC, Tamminga P, et al. Higher perinatal mortality in The Netherlands than in other European countries: the Peristat-II study. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2008;152:2718-27.
Mook-Kanamori DO, Steegers EA, Eilers PH, Raat H, Hofman A, Jaddoe VW. Risk factors and outcomes associated with first-trimester fetal growth restriction. Journal of the American Medical Association, 2010;303:527-34.
Muntinga MM, Hoogendijk EO, Leeuwen KM van, Hout HPJ van, Twisk JWR, Horst HE van der, Nijpels GN, Jansen APD. Implementing the chronic care model for frail older adults in the Netherlands: study protocol of ACT (frail older Adults: Care in Transition) BMC Geriatrics, 2012;12:19.
NDF Zorgstandaard. Transparantie en kwaliteit van diabeteszorg voor mensen met diabetes type 2. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie, 2007.
NDF Zorgstandaard: Addendum geïndiceerde preventie van diabetes type 2. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie, 2012.
Nielen MM. Preventie in de huisartsenpraktijk anno 2008: de vroege opsporing van hart- en vaatziekten, diabetes mellitus en nierziekten. Utrecht: Nivel, 2008.
Nielen MMJ, Meer V van der, Schellevis FG. Evaluatie pilot PreventieConsult cardiometabool risico. Utrecht: Nivel, 2010.
Niessen MA, Kraaijenhagen RA, Dijkgraaf MG, Pelt D van, Kalken CK van, Peek N. Impact of a web-based worksite health promotion program on absenteeism. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 2012;54:404-8.
NISB. Nederlands Instituut voor Sport & Bewegen. De beweegkuur: factsheet voor professionals. http://www.beweegkuur.nl/downloadpool/download-professional-januari-2012/nisb-flyers-beweegkuur-2010-2_proef-druk2.pdf, 2012.
Nooijer DP de, Waart FG de, Leeuwen AWFM van, Spijker WWJ. Opkomst bij bevolkingsonderzoek naar BMHK hoger na uitnodiging door de huisarts, in het bijzonder bij groepen met een doorgaans lage participatiegraad. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2005;149(42): 2339-2343.
Notenboom A, Blankers I, Goudriaan R, Groot W. E-health en zelfmanagement: een panacee voor arbeidstekorten en kostenoverschrijdingen in de zorg? Den Haag: Aarts de Jong Wilms Goudriaan Public Economics BV(APE), 2013.
Nooyens ACJ, Spijkerman AMW. Het PreventieConsult module Cardiometabool: Omvang van de doelgroep en karakteristieken van deelnemers. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 260514001, 2011.
Nordennen R van, Brants M, Vanneste V, Arnold R. Kwetsbaar zegt meer dan oud. Cumulatie van beperkingen vraagt integrale ouderenzorg. Medisch Contact: 2004/2005; 66(48): 2991-2993.
Numans ME, 2012. De proactieve eerste lijn, populatie- en panelmanagement bij ouderen in de huisartspraktijk (lezing). Op ACA Congres ‘Zin in ouder worden’ (VUmc) 31-05-2012.
NZa. Advies basis ggz. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2011.
NZa. Marktscan Geestelijke gezondheidszorg. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit, 2012.
OECD, Organisation for Economic Co-operation and Development. Live longer, work longer. Ageing and employment policies. OECD, 2006.

OECD. Sick on the job? Myths and realities about mental health and work. The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), 2012.

Platform Vitale Vaten. Zorgstandaard Vasculair Risicomanagement Deel I (voor zorgverleners). Den Haag, 2009.

Post, NAM, Bekker-Grob EW de, Mackenbach JP, Slobbe LCJ. Kosten van preventie in Nederland 2007. Bilthoven: RIVM Briefrapport 270751020, 1-64 , 2010.

Post N, Lucht F van der. Participatie: Wat is de samenhang met gezondheid en zorg? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Bevolking\Participatie, 20 maart 2012.

Postma S. JGZ Richtlijn. Vroegsignalering van psychosociale problemen. Bilthoven: RIVM Rapportnummer: 295001002, 1-48, 2008.

Prinsen B, Kalthof H. Van knelpunten naar kansen. Een betere aansluiting tussen jeugdgezondheidszorg en jeugdzorg. JeugdenCo 2009;01: 8-16.

Prinsen B, L'Hoir MP, Ruiter M de, Oudhof M, Kamphuis M, Wolff de M, Alpay L. Concept JGZ-richtlijn Opvoedingsondersteuning. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), 2012.

Putters K, Janssen M, Wel T van der, Kelder M. E-health: Face- to-Facebook. Over e-health en zelfredzaamheid van patiënten in de ggz. Rotterdam: Erasmus Universiteit, Instituut Beleid Management & Gezondheidszorg (iBMG), 2012.

Ravelli AC, Rijninks-van Driel GC, Erwich JJ, Mol BW, Brouwers HA, Abu Hanna A, et al. Differences between Dutch provinces in perinatal mortality and travel time to hospital. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 2011;155:A2689.

Reef J, Diamantopoulou S, Meurs I vn, Verhulst F, Enden J van der. Child to adult continuities of psychopathology: a 24-year follow-up. Acta Psychiatrica Scandinavica 2009;120(3): 230-238.

Regeerakkoord Bruggen slaan. Regeerakkoord VVD-PvdA. 29 oktober 2012.

Reulings PGJ, Lans SMGA van der, Wentzel HR, Amelink-Verburg MP. Pak je kans: stoppen met roken begeleiding door verloskundigen. Tijdschrift voor Verloskundigen, 2011:27-33.

Richards D, Richardson T. Computer-bases psychological treatments for depression: a systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review, 2013;31(4):329-342.

Rijdt-van de Ven AHJ van de. Complexe ouderenzorg in verzorgingshuis en thuis. Handreiking samenhangende zorg in de eerste lijn. LHV/KNMP/NHG/NVVA, 2009.

Riper H, Ballegooijen W van, Kooistra L, Wit J de, Donker T. Preventie & eMental-health. Onderzoek dat leidt, technologie die verleidt, preventie die bereikt en beklijft. Kennissynthese 2013 in opdracht van ZonMw. Amsterdam: Vrije Universiteit Amsterdam, 2013.

RIVM, 2011. In: Kosten van ziekten 2007. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, http://www.kostenvanziekten.nl/kvz205/kosten-naar-diagnose/hartvaatstelsel/ verzie 1.2, 21 december 2011.

RIVM, 2012. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, http://www.rivm.nl/Documenten_en_publicaties/Wetenschappelijk/Rapporten/2012/januari/Nederland_de_Maat_Genomen_2009_2010_Monitoring_van_risicofactoren_in_de_algemene_bevolking.

RIVM, 2012a. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/ versie 4.12, 13 juni 2013.

RIVM, 2012b. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/hartvaatstelsel/versie 4.12, 13 juni 2013.

RIVM, 2012c. De uitvoering van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012. http://www.rivm.nl/Onderwerpen/Onderwerpen/B/Bevolkingsonderzoek_baarmoederhalskanker/Informatie_voor_professionals/De_uitvoering_van_het_bevolkingsonderzoek_baarmoederhalskanker.

RIVM, 2013. Geschiedenis van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker. Bilthoven: Rijksinstituut voor

Volksgezondheid en Milieu, Bezocht januari 2013. http://www.rivm.nl/Onderwerpen/Onderwerpen/B/Bevolkingsonderzoek_baarmoederhalskanker/Informatie_voor_professionals/Achtergronden_over_het_bevolkingsonderzoek_baarmoederhalskanker/Geschiedenis_van_het_bevolkingsonderzoek_baarmoederhalskanker.

RIVM, 2013a. Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> versie 4.12, 13 juni 2013.

Roumen C, Corpeleijn E, Feskens EJ, Mensink M, Saris WH, Blaak EE. Impact of 3-year lifestyle intervention on postprandial glucose metabolism: the SLIM study. Diabet Med, 2008;25:597-605.

Rozemeijer K, Rosmalen J van, Naber SK, Penning C, Kok IMCM de, Ballegooijen M van. Kosteneffectiviteitsanalyse primaire hrHPV-screening zonder versus met hrHPV-zelftest. Rotterdam: Erasmus Medisch Centrum, 2013.

Ruger JP, Lazar CM. Economic evaluation of pharmaco- and behavioral therapies for smoking cessation: a critical and systematic review of empirical research. Annual review of public health, 2012;33:279-305.

Ruwaard J. The efficacy and effectiveness of online CBT. Dissertation. Amsterdam: Faculty of Social and Behavioural Sciences, University of Amsterdam, 2013.

RVZ. Preventie van welvaartsziekten effectief en efficiënt georganiseerd. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2011.

RVZ. Depressie Preventie. Achtergrondrapport bij het advies Preventie van welvaartziekten. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Zorg, 2011a.

RVZ. De rol van GGD'en bij de preventie van welvaartsziekten. Verslag van werkbezoeken en debat bij het RVZ Advies Preventie van welvaartsziekten effectief en efficiënt georganiseerd. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2012.

RVZ. Redzaam ouder. Zorg voor niet-redzame ouderen vraagt om voorzorg door iedereen. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2012a.

Sahlen KG, Lofgren C, Hellner BM, Lindholm L. Preventive home visits to older people are cost-effective. Scandinavian Journal of Public Health, 2008;36: 265-271.

Schoemaker CG, Poos MJJC, Spijker J, Gool CH van, Foets M, Lucht F van der. Hoe vaak komt depressie voor en hoeveel mensen sterven er aan? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Psychische stoornissen\Depressie, 12 juni 2012.

SGF. Preventie met zorg: visie van de gezondheidsfondsen op de organisatie en financiering van preventie in de Nederlandse gezondheidszorg. Amersfoort: Samenwerkende Gezondheidsfondsen. 2010.

Slobbe LCJ, Smit JM, Groen J, Poos MJJC, Kommer GJ. Kosten van Ziekten in Nederland 2007: Trends in de Nederlandse zorguitgaven 1999-2010. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 270751023, 2011. http://www.kostenvanziekten.nl

Smit F, Cuijpers P, Oostenbrink J, Batelaan N, Graaf R de, Beekman A. Costs of nine common mental disorders: implications for curative and preventive psychiatry. The Journal of Mental Health Policy and Economics, 2006;9(4), 193-200.

Steens A, Wielders CCH, Bogaards JA, Boshuizen HC, Greeff SC de, Melker HE de. Association between human papillomavirus vaccine uptake and cervical cancer screening in the Netherlands: Implications for future impact on prevention. International Journal of Cancer, 2013;132(4):932-43.

Steketee M, Tierolf B, Mak J. Kinderen in Tel Databoek. Kinderen als basis voor lokaal jeugdbeleid. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut, 2012.

Struijs JN, Bruin SR de, Baan CA. Vijf vragen over Zorgstandaarden. Medisch Contact, 2010:1902-5.

Struijs JN, Mohnen SM, Molema CCM, de Jong-van Til JT, Baan CA. Effect van integrale bekostiging op curatieve zorgkosten: Een analyse voor diabeteszorg en vasculair risicomanagement op basis van registratiebestanden Vektis, 2007-2010. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 260131005, 2012.

Struijs JN, Jong- van Til JT de, Lemmens LC, Drewes HW, Bruin SR de, Baan CA. Drie jaar integrale bekostiging van diabeteszorg. Effecten op zorgproces en kwa-

liteit van zorg. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 260224003, 2012.

Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC (2002). Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and meta-regression analysis. Journal of the American Medical Association, 2002b;287(8):1022-1028.

Stuurgroep. Een goed begin; Veilige zorg rond zwangerschap en geboorte. Utrecht: Stuurgroep Zwangerschap en Geboorte, 2009.

Suijker JJ, Buurman BM, Riet G ter, Van Rijn M, Haan RJ de, Rooij SE de, Moll van Charante EPM. Comprehensive geriatric assessment, multifactorial interventions and nurse-led care coordination to prevent functional decline in communitydwelling older persons: protocol of a cluster randomized trial. BMC Health Services Research, 2012; 12:85.

Theunissen MH, Vogels AG, Wolff MS de, Reijenveld SA. Characteristics of the Strengths and Difficulties Questionnaire in Preschool Children. Pediatrics, 2013;131(2):e446-54.

Vaartjes I, Dis I van, Visseren FLJ, Bots ML. Hart- en vaatziekten in Nederland 2010, cijfers over leefstijl- en risicofactoren, ziekte en sterfte. ISBN 978-90-75131-69-7. Den Haag: Nederlandse Hartstichting, 2010.

Vanneste Y, Lanser H. Snel terug naar school is veel beter. Landelijke handreiking voor een integrale aanpak van schoolverzuim bij kinderen en jongeren, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) en Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), 2012.

Vardavas CI, Chatzi L, Patelarou E, Plana E, Sarri K, Kafatos A, et al. Smoking and smoking cessation during early pregnancy and its effect on adverse pregnancy outcomes and fetal growth. European Journal of Pediatrics, 2010;169:741-8.

Verloove-Vanhorick SP, Reijneveld SA. Jeugdgezondheidszorg: meer preventie voor weinig geld. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, 2007;85(7): 371-373.

Vermunt PW, Milder IE, Wielaard F, de Vries JH, Baan CA, Oers JAM van, Westert GP. A lifestyle intervention to reduce Type 2 diabetes risk in Dutch primary care: 2.5-year results of a randomized controlled trial. Diabetic Medicine, 2012;29:e223-31. 2012a.

Vermunt PW, Milder IE, Wielaard F, Vries JH de, Oers JAM van, Westert GP. Lifestyle counseling for type 2 diabetes risk reduction in Dutch primary care: results of the APHRODITE study after 0.5 and 1.5 years. Diabetes Care, 2011;34:1919-25. 2012b.

Vilans, 2012. Website Vilans, http://www.vilans.nl/Pub/Informatiecentrum/Informatiecentrum-overig/Informatiecentrum-overig-Guided-Care-Model-zorg-op-maat-bij-multimorbiditeit.html.

Vlaar E, van Valkengoed I, Nierkens V, Nicolaou M, Middelkoop B, Stronks K. Feasibility and effectiveness of a targeted diabetes prevention program for 18 to 60-year-old South Asian migrants: design and methods of the DH!AAN study. BMC Public Health, 2012;12:371.

Vogeli C, Shields AE, Lee TA, Gibson TB, Marder WD, Weiss KB, Blumenthal D. Multiple chronic conditions: prevalence, health consequences, and implications for quality, care management, and costs. Journal of General Internal Medicine, 2007;22 Suppl 3:391-5.

Von Kohorn I, Nguyen SN, Schulman-Green D, Colson ER. A qualitative study of postpartum mothers' intention to smoke. Birth, 2012;39:65-9.

Vries H de, Bakker M, Mullen PD, Breukelen G van. The effects of smoking cessation counseling by midwives on Dutch pregnant women and their partners. Patient education and counseling, 2006;63:177-87.

VWS. Gezond zijn, gezond blijven. Een visie op gezondheid en preventie. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2007.

VWS. Kaderbrief screening. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2008.

VWS. Voortgangsbrief 'programmatische aanpak van chronische ziekten'. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport, 2010.

VWS. Landelijke nota gezondheidsbeleid, 'Gezondheid dichtbij'. Kamerbrief 25 mei 2011. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mei 2011.

VWS. Kamerbrief over vroegopsporing en gezondheidsrisico's. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2012.

VWS. Kamerbrief over e-health. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 7 juni 2012a.

VWS. Kamerbrief Hervorming van langdurige ondersteuning en zorg. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2013.

Waelput AJM. Hoe hoog is de sterfte rond de geboorte in Nederland? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Sterfte, levensverwachting en DALY's\Sterfte rond de geboorte, 27 mei 2013.

Waelput AJM, Kollée LAA. Wat is vroeggeboorte en wat zijn de gevolgen voor het latere leven? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Aandoeningen perinataal\Vroeggeboorten, 13 juli 2011.

Weel-Baumgarten EM van, Gelderen MG van, Grundmeijer HGLM, Licht-Strunk E, Marwijk HWJ van, Rijswijk HCAM van, Tjaden BR, Verduijn M, Wiersma Tj, Burgers JS, Avendonk MJP van, Weele GM van der. NHG-Standaard Depressie (tweede herziening). Huisarts Wet 2012;55(6):252-9.

Weerd S de, Polder JJ, Cohen-Overbeek TE, Zimmermann LJ, Steegers EA. Preconception care: preliminary estimates of costs and effects of smoking cessation and folic acid supplementation. The Journal of Reproductive Medicine, 2004;49:338-44.

Weerdt I de, Kuipers B, Kok G. 'Kijk op Diabetes' met perspectief voor de toekomst. Amersfoort: Nederlandse Diabetes Federatie, 2007.

Wendel-Vos GCW. Hoeveel mensen zijn voldoende lichamelijk actief? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidsdeterminanten\Leefstijl\Lichamelijke activiteit, 11 juni 2013.

WHO. World Health Organization. Active ageing. A policy framework. WHO, 2002.

Widenfelt BM van, Goedhart AW, Treffers PD, Goodman R. Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). European Child & Adolescent Psychiatry, 2003;12(6): 281-289.

Wieren S van, Schoemaker C, Spijker J. Hoeveel zorg gebruiken mensen met depressie en wat zijn de kosten? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <http://www.nationaalkompas.nl> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheid en ziekte\Ziekten en aandoeningen\Psychische stoornissen\Depressie, 13 juni 2012.

Winter M de, Yperen T van, Zeben-van der Aa T van, Bezem, J, Kobussen M, Leseman P, Raat H, Buiting E. Een stevig fundament. Evaluatie van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg, 2013. Publicatie van de Commissie evaluatie basistakenpakket JGZ.

Wisborg K, Kesmodel U, Henriksen TB, Olsen SF, Secher NJ. Exposure to tobacco smoke in utero and the risk of stillbirth and death in the first year of life. American Journal of Epidemiology, 2001;154:322-7.

Wyers CE, Walg C, Vermunt P. Verkenning als opstap naar de implementatie en evaluatie van het PreventieConsult Cardiometabool Risico. Maastricht: Universiteit van Maastricht, 2012.

Wyers CE, Evers SMAA, Ruwaard C. Ex-ante kosteneffectiviteitsanalyse van het PreventieConsult Cardiometabool Risico. Maastricht: Faculty of Health, Medicine and Life Sciences, CAPHRI School for Public Health and Primary Care Department of Health Services Research, Focus in on Chronic Care and Ageing, 2013.

Zantinge EM, Wilk EA van der, Wieren S van, Schoemaker CG [red]. Gezond ouder worden in Nederland. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 270462001, 2011.

ZonMw. Uitvoeringsprogramma Zichtbare schakel, 2009. In website ZonMw: http://www.zonmw.nl/nl/programmas/programma-detail/zichtbare-schakel-de-wijkverpleegkundige-voor-een-gezonde-buurt/algemeen/ d.d. 2/07/2012. Den Haag: ZonMw, 2009.

ZonMw. Twee jaar Zichtbare schakel. De wijkverpleegkundige voor een gezonde buurt. Een overzicht van de belangrijkste activiteiten en resultaten van de afgelopen twee jaar en de plannen voor 2011. Den

Haag: ZonMw, 2011.
ZonMw. Verslag expertmeeting preconceptiezorg. Den Haag: Nederlandse organisatie voor gezondheids-onderzoek en zorginnovatie, 2012.

Websites

Websites van het RIVM

www.volksgezondheidtoekomstverkenningen.nl of	
www.vtv2014.nl	Website van de Volksgezondheid Toekomstverkenning 2014.
www.nationaalkompas.nl	Het Nationaal Kompas Volksgezondheid biedt onafhankelijke en wetenschappelijk onderbouwde informatie over de volksgezondheid.
www.zorgatlas.nl	Website Nationale Atlas Volksgezondheid.
www.kostenvanziekten.nl	Doel van deze studie en van deze website is een beschrijving te geven van de zorgkosten van 2007, gesplitst in enerzijds gebruik van zorg (ziektediagnose, leeftijd, geslacht) en anderzijds in aanbod van zorg (sector, zorgfunctie en financieringsvorm).
www.gezondheidszorgbalans.nl	De Zorgbalans laat de prestaties van de gezondheidszorg zien aan de hand van 125 indicatoren over kwaliteit, toegankelijkheid en kosten.
www.zorggegevens.nl	Website Zorggegevens: wegwijzer naar gegevensbronnen over volksgezondheid en zorg.
www.loketgezondleven.nl	Website van het RIVM Centrum Gezond Leven.

Andere websites

www.113online.nl	113Online is een zelfstandige en onafhankelijke zorgaanbieder op het gebied van zelfmoordpreventie.
www.aanvalopschooluitval.nl	Website van het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap over de aanpak en ontwikkelingen van voortijdig schoolverlaten.
www.beweegkuur.nl	Website van het Nederlands Instituut voor Sport & Bewegen.
www.bigmove.nu	Website van BigMove Instituut, zelfstandige, gespecialiseerde ggz-instelling voor patiënten met psychische aandoeningen.
www.cijfersoverkanker.nl	Website van het Integraal Kankercentrum Nederland.
www.gripopjedip.nl	Gripopjedip.nl is een gezamenlijk project van De Jutters, Indigo, Dimence en het Trimbos Instituut.
www.kiesbeter.nl	Website met informatie over zorgverleners en kwaliteit van zorg.
www.kleurjeleven.nl	Zelftestcursus ontwikkeld door psychologen van het Trimbos Instituut.
www.knov.nl	Website van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen.
www.ncj.nl	Website Nederlands Centrum Jeugdgezondheid.
www.slikeerstfoliumzuur.nl	Op deze website staat informatie over het slikken van foliumzuur.
www.slimmerzwanger.nl	Zelfhulp programma Slimmer Zwanger ontwikkeld door Erasmus MC.
www.strakszwangerworden.nl	Op deze website staan tips over zo gezond mogelijk zwanger zijn.
www.testuwrisico.nl	Website van PreventieConsult, test van gezondheidsrisico op diabetes, hart- en vaatziekten en nierschade.
www.vilans.nl	Website van het kenniscentrum voor langdurende zorg.
www.zwangerstraks.nl	Website van Stichting Erfocentrum.
www.zwangerwijzer.nl	Website van Stichting Erfocentrum en Erasmus MC.

Bijlagen

Bijlage 1 Auteurs en begeleidende commissies

Preventie in de zorg
Themarapport van de VTV-2014

Auteurs

Dr. M. van den Berg (red.)	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Drs. N.A.M. Post	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Dr. H.H. Hamberg-van Reenen	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Dr. C.A. Baan	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Dr. C.G. Schoemaker (red.)	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij

Projectondersteuning

E.M. Slichter	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Drs. C. Deuning	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij

Wetenschappelijke Adviescommissie

Dr. A.J.M. Drenthen	Nederlands Huisartsen Genootschap
Dr. L.A.M. van de Goor	Universiteit van Tilburg, Tranzo, Tilburg School of Social and Behavioral Sciences
Prof.dr. P.P. Groenewegen	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Prof.dr. D. Ruwaard, MD	Universiteit Maastricht, Faculty of Health, Medicine and Life Science Life Science, School for Public Health and Primary Care

Beleidsadviesgroep

Drs. M. Holling	VWS, Directie Langdurige Zorg/Sturing, Financiering en Informatie
Drs. M.S. Prins	VWS, Directie Publieke Gezondheid/Openbare Gezondheid
Dr. P.G.J. Reulings	VWS, Inspectie Gezondheidszorg
Drs. A.J.M. Zengerink	VWS, Directie Curatieve Zorg

Verder bijgedragen door

Dr.ir. S.R. de Bruin	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Ir. I. van den Burg	STIVORO
Dr.ir. E.A.B. Over	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Dr. R.J.F. Melis	Universitair Medisch Centrum St Radboud
Dr. A. Meuwese	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Dr. L.E. Meuwissen	GGD Gelderland Midden
Dr.ir. I.E.J. Milder	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Dr. C. Penning	Erasmus Medisch Centrum Rotterdam
Prof.dr. S.A. Reijneveld	Universitair Medisch Centrum Groningen
Prof.dr. M.M. Riper	Vrije Universiteit Amsterdam en GGZ inGeest en Leuphana Universiteit, Duitsland
Dr. A.M.W. Spijkerman	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Dr. N. van der Veen	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij

Dr. P.W. A. Vermunt	Academisch Medisch Centrum Amsterdam
Drs. A.J.M. Waelput	Erasmus Medisch Centrum Rotterdam
Dr. T.A. Wiegers	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Dr. G.A. de Wit	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Dr. E.M. Zantinge	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij

Bijlage 2 Projectleiding en begeleidende commissies en klankbordgroep RIVM

Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014

Projectleiding

Dr. N. Hoeymans	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Dr.ir. A.J.M. van Loon	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Dr. C.G. Schoemaker	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
E.M. Slichter, projectondersteuning	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij

Wetenschappelijke Adviescommissie

Dr. R.V. Bijl	Sociaal en Cultureel Planbureau
Prof.dr. J. Brug	Vrije Universiteit Medisch Centrum, EMGO Institute for Health and Care Research
Prof.dr. A. Burdorf	Erasmus Universiteit, Erasmus Medisch Centrum Rotterdam Maatschappelijke Gezondheidszorg
Prof.dr. W.A. van Gool	Universiteit van Amsterdam, Academisch Medisch Centrum Amsterdam
Prof.dr. T.E.D. van der Grinten	Erasmus Universiteit, Instituut Beleid en Maatschappelijke Gezondheidszorg
Prof.dr. P.P. Groenewegen	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
Prof.dr. K. Horstman	Universiteit Maastricht, Instituut voor Gezondheidsethiek/ Psychologie
Prof.dr. M.J. IJzerman	Universiteit Twente, Faculteit Management & Bestuur
Prof.dr. J.A. Knottnerus	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
Prof.dr. D. Ruwaard, MD	Universiteit Maastricht, Faculty of Health, Medicine and Life Science Life Science, School for Public Health and Primary Care
Drs. H. Smid	ZonMw
Prof.dr. J. Spijker	Radboud Universiteit van Nijmegen, Pro Persona Academisch Psychisch Behandelcentrum Volwassenen
Prof.dr. K. Stronks	Universiteit van Amsterdam, Academisch Medisch Centrum, Sociale Geneeskunde
Prof.dr. A.N. van der Zande, voorzitter	RIVM, Bureau Directieraad
Prof.dr. J.A.M. van Oers	RIVM, Bureau Directieraad

Beleidsadviesgroep

Y.M. Boersma	OCW, Directie Voortgezet Onderwijs
Drs. A. Derksen	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
Prof.dr. M.C.H. Donker, voorzitter	VWS, Directie Publieke Gezondheid
Mr. M.H. Floor	VWS, Directie Maatschappelijke Ondersteuning
Ing. H.M.A. Geron	SZW, Directie Gezond en Veilig Werken
Drs. L.J. van der Heiden	VWS, Directie Publieke Gezondheid/Openbare Gezondheid

W.A. Helmich	VWS, Directie Voeding Gezondheidsbescherming en Preventie
E.J. Hemke	EZ, Directie Natuur en Biodiversiteit
Dr. L.M. van Herten	VWS, Directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt (tot 1 mei 2013)
Drs. M. Holling	VWS, Directie Langdurige Zorg
M.J.M. van der Hoog, arts	VWS, Directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt
Drs. J.C. Hulleman	VWS, Directie Publieke Gezondheid/Openbare Gezondheid
M. Koorneef, MPH	VWS, Directie Sport
Drs. H.P.A. Kroft	SZW, Directie Gezond en Veilig werken
P. Leeflang	VWS, Directie Voeding Gezondheidsbescherming en Preventie
Drs. L. Leliveld	VWS, Directie Publieke Gezondheid/Openbare Gezondheid
Ing. G.C.C. Molenaar	VWS, Directie Markt en Consument
Dr.ir. M.N. Pieters	RIVM, Domein Volksgezondheid en Zorg
Dr. H.A.J.M. Reinen	VWS, Directie Voeding Gezondheidsbescherming en Preventie
Dr. P.G.J. Reulings	VWS, Inspectie Gezondheidszorg
Dr. J.W.A. Ridder	OCW, Directie Onderzoek en Wetenschapsbeleid
J. Tanis	VWS, Directie Jeugd
Drs. J.B. van den Wijngaard	VWS, Directie Geneesmiddelen en Medische Technologie
Drs. A.J.M. Zengerink	VWS, Directie Curatieve Zorg

Klankbordgroep RIVM

Ir. X. Gravestein	RIVM, Centrum Gezondheid en Maatschappij
Dr. M.E.E. Kretzschmar	RIVM, Bureau Directieraad
Prof.dr.ir. E. Lebret	RIVM, Bureau Directieraad
Prof.dr. J.A.M. van Oers, voorzitter	RIVM, Bureau Directieraad
Dr.ir. M.N. Pieters	RIVM, Domein Volksgezondheid en Zorg
Prof.dr. J.J. Polder	RIVM, Bureau Directieraad
Prof.dr.ir. A.J. Schuit	RIVM, Centrum Voeding, Preventie en Zorg
Dr. M.T.M. van Raaij	RIVM, Domein Milieu en Veiligheid
Drs. L. Stokx	RIVM, Bureau Directieraad
Dr. M.A.B. van der Sande	RIVM, Centrum Epidemiologie en Surveillance van Infectieziekten
Dr. A. de Vries	RIVM, Centrum Gezondheidsbescherming
Drs. N. Tamsma	RIVM, Bureau Directieraad

Bijlage 3 Afkortingen

ActiZ	Organisatie voor zorgondernemers
ADHD	Attention Deficit Hyperactivity Disorder
ADL	Algemene dagelijkse levensverrichtingen
AJN	Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
Apgar-score	Een test waarmee een snelle indruk van de algemene toestand van een pasgeboren baby (neonaat) kan worden verkregen (Activity, Pulse, Grimace, Appearance, Respiration)
APHRODITE	Active Prevention in High-Risk individuals Of Diabetes Type 2 in and around Eindhoven
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BJZ	Bureau Jeugdzorg
BMI	Body Mass Index
BMHK	Baarmoederhalskanker
BVO	Bevolkingsonderzoek
CBCL	Child Behavior Checklist
CBO	Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg
CIN	Cervicale Intraepitheliale Neoplasie
CJG	Centrum Jeugd en Gezin
CGL	Centrum Gezond Leven
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (bronchitis, longemfyseem en astma)
CSO	De koepel van ouderenorganisaties (unie KBO, PCOB, NVOG, NOOM)
CVB	Centrum voor Bevolkingsonderzoek
CVRM	Cardiovasculair risicomanagement
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DBC	Diagnose Behandel Combinatie
DD-JGZ	Digitaal dossier Jeugdgezondheidszorg
Erasmus MC	Universitair Medisch Centrum Rotterdam
Erfocentrum	Nationaal Informatiecentrum Erfelijkheid, Kinderwens en Medische Biotechnologie
EU	Europese Unie
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
Ggz	Geestelijke gezondheidszorg
HBSC	Health Behavioral School-aged Children
HIS	Huisarts Informatie Systeem
H-MIS	Minimale InterventieStrategie Stoppen met roken voor de Huisartsenpraktijk
HP4All	Healthy Pregnancy 4 All - programmatische preconceptiezorg
HPV	Humaan Papilloma Virus
Hr-HPV	Hoogrisico Humaan Papilloma Virus
ICT	Informatie en Communicatie Technologie

IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KEA	Kosteneffectiviteitsanalyse
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
KZG	Afdeling Kwaliteit van Zorg en Gezondheidseconomie
LEBA	Landelijke Evaluatie Bevolkingsonderzoek naar Baarmoederhalskanker
LETB	Landelijk Evaluatie Team voor bevolkingsonderzoek naar borstkanker in Nederland
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LINH	Landelijk Informatienetwerk Huisartsenzorg
LVG	Landelijke Vereniging voor Georganiseerde eerste lijn
NPCF	Nederlandse Patiënten en Consumenten Federatie
NPHF	Nederlandse Public Health Federatie
NDF	Nederlandse Diabetes Federatie
NFU	Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NIGZ	Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie
NISB	Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen
NIVEL	Nederlands Instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NJi	Nederlands Jeugdinstituut
NKR	Nederlandse Kanker Registratie
NNGB	De Nederlandse Norm Gezond Bewegen
NPO	Nationaal Programma Ouderenzorg
NPP	Nationaal Programma Preventie
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid (voorganger RVZ)
NVAB	Nederlandse Vereniging Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde
NVVA	Beroepsvereniging van verpleeghuisartsen en sociaal geriaters
NZA	Nederlandse Zorgautoriteit
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OMS	Orde van Medische Specialisten
PC CMR	PreventieConsult Cardiometabool Risico
POH-ggz	Praktijk Ondersteuner Huisarts-geestelijke gezondheidszorg
PRIMA-methode	PRoef-IMplementatie Antipestbeleid op basisscholen methode
P&V	Afdeling Preventie en Voeding
QALY	Quality-adjusted life year
RE-AIM	Reach, Efficacy, Adoption, Implementation en Maintenance
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RCT	Randomized Controlled Trial
ROS	Regionale Ondersteuningsstructuur
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid & Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SDQ	Strengths and Difficulties Questionnaire
Ses	Sociaaleconomische status

SGF	Samenwerkende gezondheidsfondsen
SLIM-studie	Study on Lifestyle-intervention and Impaired glucose tolerance Maastricht
Soa	Seksueel overdraagbare aandoening
STIVORO	STIVORO voor een rookvrije toekomst, voorheen Stichting Volksgezondheid en Roken
STIMEDIC	Vroeger bekend als de Minimale InterventieStrategie (MIS)
SVZ	Ministerie van Sociale Zaken en Volksgezondheid (1966)
TNO	Nederlandse organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
Vilans	Kenniscentrum voor langdurende zorg
Vmbo	Voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs
V-MIS	Minimale InterventieStrategie Stoppen met roken voor de Verloskundigenpraktijk - interventie database
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
V&V	Verpleegkundigen & Verzorgenden
VVG	Afdeling Verkenningen Volksgezondheid
VRM	Vasculair risicomanagement
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
VZP	Afdeling Verkenningen Zorg en Preventie
Wjz	Wet op jeugdzorg
WBO	Wet op het bevolkingsonderzoek
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	Wet publieke gezondheid
ZAT	Zorg- en Advies Team
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZonMw	Nederlandse organisatie voor gezondheidsonderzoek en zorginnovatie
Zvw	Zorgverzekeringswet

Dit themarapport is de zesde publicatie in de reeks van de VTV-2014 publicaties.

Eerder verschenen:

Meijer S, Post N, Hoeymans N (2011). Van goed naar beter. Gebruikersevaluatie van de VTV-2010. Bilthoven: RIVM Briefrapport 270241001/2011.

Hoeymans N, Loon AJM van, Schoemaker CG (2011). Definitierapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM Rapport 270241002/2011.

Hoeymans N, Loon AJM van, Schoemaker CG (2012). Ontwerprapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM Briefrapport 270241003/2012.

Gijsen R, Poos MJJC, Slobbe LCJ, Mulder M, Panhuis-Plasmans MHD in 't, Hoeymans N (2013). Een nieuwe selectie van ziekten voor de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen. Bilthoven: RIVM Briefrapport 010003004/2013.

Harbers MM, Hoeymans N, (red.). Gezondheid en maatschappelijke participatie. Themarapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2014. Bilthoven: RIVM Rapportnummer 010003001/2013.

Auteurs
**M. van den Berg (red.) | N.A.M. Post |
H.H. Hamberg-van Reenen | C.A. Baan |
C.G. Schoemaker (red.)**

Rapport 010003002/2013

Preventie in de zorg is vooral succesvol als het programmatisch wordt aangeboden, zoals nu gebeurt voor de screeningen en vaccinaties. Daarvoor bestaan uniforme landelijke programma's waarvan de kosten en baten met elkaar in balans zijn, en waarmee een groot deel van de doelgroep wordt bereikt. Dit geldt niet voor de rest van het aanbod van preventie in de zorg, en dan vooral de leefstijlinterventies. Dat aanbod is sterk versnipperd: kleine en selectieve delen van de doelgroep worden bereikt en de (kosten)effectiviteit is vaak niet aangetoond. Programmatisch aanbieden van deze interventies zou de gezondheidseffecten sterk kunnen verhogen.

Dit is een uitgave van:

Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl

oktober 2013

005640

